



Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua
Centro De Investigación Y Educación En Salud
Escuela De Salud Pública
Universidad De Las Regiones Autónomas De La Costa Caribe
Nicaragüense



Maestría de Salud Pública Intercultural 1998 -2000

Tesis para obtener el título de
Master en Salud Pública Intercultural:

Estrategias de Desarrollo para un Modelo de Atención en Salud Comunitario, Barrio El Cocal, Bilwi, 2000

Autores:

Geert Jan van Heck
Eduardo José Torres Pérez

Tutora:

Dra. Martha A. González Moncada

Bilwi, Mayo 2001

Un antiguo dicho chino:

*Ve y busca a tu gente:
Ámalos;
Aprende de ellos;
Planea con ellos;
Sírveles;
Empieza con lo que tienen;
Básate en lo que saben.
Pero de los mejores líderes
cuando su tarea se realiza, su trabajo
se termina,
toda la gente comenta:*

***Lo hemos hecho nosotros
mismos.***

Dedicatoria

Este estudio es dedicado a:

Trudy, María Magdalena, Nura y Eduardo.

La población pluricultural y multiétnica de la Costa Caribe de Nicaragua y de manera especial a las niñas y los niños del barrio El Cocal.

Las personas que se esfuerzan por crear Modelos de Salud innovadores y de esa manera contribuyen a construir sociedades más justas y equitativas.

Ojalá que este estudio sea un estímulo y aporte para mejorar la atención de salud en la Costa Caribe de Nicaragua.

Agradecimiento

Queremos agradecer a todas y todos que en una o otra forma contribuyeron a realizar este estudio:

- *A todas las familias que nos brindaron información*
- *A las y los informantes claves que nos dieron su tiempo, conocimientos e ideas*
- *A todas las personas que apoyaron en la recopilación de la información*
- *A la dirección del Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario y la dirección de Horizont3000 por brindarnos la oportunidad de estudiar la Maestría de Salud Pública Intercultural y por ende realizar este estudio*
- *A la doctora Martha González por tutoriar nuestro estudio y enseñarnos el camino*
- *Al doctor Pedro Rupilius y la licenciada Alice Pineda por revisar nuestro trabajo y brindarnos sus valiosas sugerencias*
- *A todas las profesoras y profesores por brindarnos los conocimientos necesarios para llevar a cabo este trabajo*

Resumen

El objetivo general de la investigación es: identificar los factores que determinan la eficacia de las principales estrategias de desarrollo de un modelo de atención en salud comunitario en el barrio El Cocal, Bilwi, 2000. El estudio es de corte transversal, participativo y para la acción, utilizando métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas.

El barrio Cocal existe como comunidad miskita desde antes de la creación de la ciudad de "Puerto Cabezas" en febrero de 1929. La nueva localidad incluyó a la población indígena de Bilwi. El barrio cuenta con 2449 habitantes, la gran mayoría (89%) de la etnia miskita, seguido por la etnia mestiza y la etnia criolla. El 11% de la población es originaria del barrio. Por el rápido crecimiento durante las últimas dos décadas se está perdiendo el sentido de la comunidad y el control social, éste junto con la pobreza y la mentalidad conflictiva causan un aumento de los problemas sociales. Existe una estructura organizativa comunitaria miskita con un débil funcionamiento. Es probablemente uno de los barrios más pobres de Bilwi y con un nivel académico bajo.

Los principales factores que determinan la eficacia de las estrategias de atención en salud son la pobreza, la cultura, la migración, el nivel educacional de la población y la organización comunitaria. La accesibilidad a agua se ha aumentado y la prevalencia de malaria disminuido en los últimos años, pero las actividades impulsadas en el barrio no han logrado incidir significativamente la situación higiénico-sanitario del barrio.

Entre los problemas de salud más sentidos por la población están los relacionados a la pobreza, la inmigración al barrio, la inaccesibilidad a la atención en salud y problemas sociales. El Modelo de Atención de Salud actual se caracteriza por una atención meramente primaria, priorizando la atención a la mujer y la niñez y con coexistencia de la medicina occidental y tradicional. Las tres etnias que conviven en el barrio, usan tanto la automedicación y los sistemas occidental y tradicional de salud. Para la mayoría de la población del barrio no existe una atención occidental económicamente accesible. La participación social en salud es limitada. Se ha logrado un aumento en la inmunización de las mujeres y niños, una asistencia de casi 100 % al programa de Control del Crecimiento y Desarrollo y una alta captación de mujeres embarazadas, pero la tasa de desnutrición en menores de seis años es 49/100.

Los estudiantes que realizaron este estudio sugieren, que para mejorar la atención de salud a la población del barrio El Cocal, los actores sociales relevantes desarrollarán estrategias con enfoque intercultural, como:

- ♦ Un diplomado para promotores de salud comunitaria.
- ♦ Realizar talleres e intercambios con agentes tradicionales y occidentales
- ♦ Promoción del uso de la homeopatía
- ♦ Capacitar el personal de salud del barrio en motivación
- ♦ Para fortalecer la organización comunitaria se propone que se harán una serie de talleres con los dirigentes del barrio
- ♦ Continuar desarrollando actividades de escuelas saludables.
- ♦ Que se revisarán las funciones del personal de salud y la forma de ejecutar las mismas. En base de esa revisión se desarrollarán nuevas funciones y prepararán el personal.
- ♦ Desarrollar un plan de alfabetización y una Primaria Acelerada en el barrio.

Indice

	Página
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Justificación	5
IV. Planteamiento del problema	7
V. Objetivos	8
VI. Marco de referencia	9
VII. Diseño metodológico	23
VIII. Resultados	31
IX. Discusión de resultados	57
X. Conclusiones	81
XI. Recomendaciones	83
XII. Bibliografía	85
XIII. Glosario	88
XIV. Anexos	89
1 Matriz de obtención de información	
2 Operacionalización de variables y descriptores	
3 Guía de entrevista actor social comunitario	
4 Guía de entrevista agente de salud en el barrio	
5 Guía de entrevista enfermeras Centro Clínico Bilwi que trabajan en el barrio	
6 Censo poblacional del barrio	
7 Guías para elaboración de croquis del barrio	
8 Guías de grupo focales	
9 Guía de documentación	
10 Croquis del barrio El Cocal	
11 Tablas	
12 Matrices de análisis de entrevistas	

I. Introducción

El estado de salud de una población es la expresión de un momento histórico concreto, del nivel alcanzado en la relación del humano con la naturaleza y entre los propios seres humanos, respecto a su salud en el plano físico, mental y social. Es el reflejo del estado de desarrollo material y espiritual de una sociedad¹⁴⁵.

Los cambios derivados del redimensionamiento de la salud como finalidad y factor del desarrollo humano, la modernización del Estado, la reforma sectorial y la redefinición de la gestión pública de los servicios de salud, están poniendo nuevos marcos de referencia a las formas de organizar y prestar la atención de salud. En muchos países se cuestionan los aspectos organizativos, se exploran nuevas formas de financiamiento, siendo cada vez más evidente la interacción entre la salud humana, las políticas sanitarias y el desarrollo económico.

Se ha venido abriendo en Nicaragua el "entendimiento de que el desarrollo de salud, concebida como un bien social, forma parte y apoya el desarrollo local saludable y sostenible, como un compromiso asumido de manera proactiva, firme y de consenso por las autoridades y la sociedad civil"¹⁴⁶.

En las comunidades de las regiones autónomas de Nicaragua existe una práctica médica que combina elementos de la medicina indígena con la medicina occidental y la medicina casera. Tradicionalmente, la medicina indígena ha constituido el principal recurso para la atención de salud en esas comunidades. Resulta evidente que para abordar temas como equidad, desarrollo sostenible, autonomía, participación comunitaria se requiere de un abordaje adecuado culturalmente a la región y sus habitantes.

Un sistema de salud debe de estar organizado en función de dar respuestas concretas a las necesidades básicas sentidas por la población. Hasta la fecha la interpretación de estas necesidades fue realizada en los niveles centrales de gobierno, sin que la población participase en este proceso. De ello surgieron programas de salud más o menos verticales, que no recogen el sentir de la población, ni responden a las demandas de las mismas.

La situación de salud en las comunidades de la RAAN tiende a presentar muestras de deterioro. Reciente estudios sobre el impacto de las reformas del sector salud sobre los

¹⁴⁵ Hooker Blandford Alta et al. El modelo de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte. Managua. Nicaragua. URACCAN. 1998.

¹⁴⁶ Ibid no. 1.

pueblos indígenas, presentan que el 40% de las personas encuestadas opinaban que el acceso de los indígenas a los servicios de salud es diferente al resto de la población y que la inaccesibilidad se debía entre otras razones a la dispersión geográfica, la ruralidad, el atraso tecnológico, irrespeto a la cultura por parte de los trabajadores de salud, la falta de medios de transporte y la falta de experiencia de los indígenas por reclamar sus derechos¹⁴⁷. Los grupos poblacionales indígenas y la población mestiza del sector rural, consideran como la necesidad más sentida la falta de reconocimiento del Gobierno, Alcaldías y SILAIS de sus derechos y necesidades básicas. Destacando el desempleo, la falta de créditos, la falta de control sobre sus recursos propios, la falta de letrinas, agua potable y luz eléctrica.¹⁴⁸

Desde 1994 el Centro Clínico Bilwi brinda servicios de salud a la población del barrio El Cocal. El Centro funciona en coordinación con el Ministerio de Salud. Los principales ejes de trabajo son¹⁴⁹:

- 1) Atención integral en salud a la población de los cuatro barrios, priorizando el binomio madre-niño y los programas de Tuberculosis, Malaria y Enfermedades de Transmisión Sexual
- 2) Énfasis en las actividades de prevención y promoción e involucramiento de los beneficiarios en su medio ambiente
- 3) Generación de ingresos por medio de la consulta médica privada para financiar el trabajo de atención a la población del sector

El Centro asignó desde el inicio una enfermera al barrio, que es la responsable de todos los programas y que brinda sus servicios a la población. El Centro Clínico Bilwi organizó en el barrio una Comisión de Salud y un grupo de Promotores de Salud para apoyar a la enfermera en las diferentes actividades de salud en el barrio.

En un estudio reciente realizado en el barrio El Cocal, la población consideró como sus problemas principales de salud la:

- drogadicción
- pobreza
- falta de medicamentos
- violencia
- falta de letrinas
- y falta de agua potable.

¹⁴⁷ Ibid no. 1.

¹⁴⁸ Law M.A. Programa de desarrollo del sector salud en la RAAN - Premisas, marco y estrategia. Gobierno de la RAAN. Puerto Cabezas, Nicaragua. 1995.

¹⁴⁹ García Domingo, Schnarf Christian, Plan de empresa del Centro Clínico Bilwi., URACCAN/CIES. Diciembre 1999.

II. Antecedentes

El barrio Cocal existe como comunidad miskita llamada Bilwi (significa muda de culebra en la lengua Mayangna) desde finales del siglo 18 o principios del siglo 19, por ende es el barrio más antiguo de la actual ciudad Bilwi. La ciudad y municipio de “Puerto Cabezas” se crearon en febrero de 1929. La nueva localidad incluyó a la población indígena de Bilwi y fue nombrada así en memoria del general Rigoberto Cabezas, líder en la reincorporación de la Mosquitia a Nicaragua¹⁵⁰.

En Enero 2000 se contaron 2449 habitantes, la gran mayoría (90%) de la población es de la etnia miskita, seguido por la etnia mestiza y la etnia criolla. Solamente un poco más que una tercera parte de la población del barrio es originario del barrio. Una quinta parte es originario de la comunidad de Krukira¹⁵¹.

Por el rápido crecimiento durante las últimas dos décadas se está perdiendo el sentido de la comunidad y el control social, éste junto con la pobreza y la mentalidad conflictiva causa un aumento de los problemas sociales, como alcoholismo, violencia, drogadicción, delincuencia, entre otros.

Existe una estructura organizacional del barrio que está compuesta por un juez, un segundo juez, un responsable de territorio y un policía civil. La población elige y reconoce al juez como autoridad máxima del barrio.

El Cocal es probablemente uno de los barrios más pobres de Bilwi y con un nivel académico bajo. El hecho que la gran mayoría de su población es de la etnia miskita, conlleva que se mantuvo su estructura organizativa y social-comunal. Entre ésta están sus prácticas, conocimientos y creencias de la prevención y curación de las enfermedades que han venido utilizando diariamente y transmitiendo de generación a generación. En El Cocal se puede observar claramente una mezcla muy fructífera de la medicina tradicional con la medicina moderna. Allí se encuentran los curanderos más conocidos de Bilwi que atienden no solamente a la población del Cocal sino también a personas que vienen de otros barrios o de las comunidades.

El porcentaje de casas con servicios higiénicos en buen estado está aumentándose. Igualmente el porcentaje de las casas conectado con la red de ENACAL se aumentó durante los últimos 5 años, aunque la calidad y cantidad de agua que ofrece son inadecuadas. La recolección de basura está mal organizada, junto con el mal drenaje de

¹⁵⁰ Heck Geert Jan van et al. Perfil de salud participativo con enfoque de género del barrio El Cocal. URACCAN/CIES. Bilwi, Nicaragua. Noviembre 1998.

¹⁵¹ Ibid 6.

aguas residuales y los zacates altas dan un aspecto sucio al barrio y fomenta la crianza y permanencia de mosquitos.

Las enfermedades más comunes son Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarréicas Agudas, parasitosis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades de la piel y enfermedades crónicas en mayores de edad. Una gran parte de la población identifica la falta de medicamentos (gratuitos) como uno de los principales problemas de salud. Otros problemas de salud son la inadecuada higiene ambiental, la pobreza, el desempleo, la violencia intra y extra domiciliar, embarazos no deseados y la falta de una adecuada alimentación¹⁵².

En 1978, en la Conferencia Internacional de salud celebrada en Alma Ata quedó establecido que para llevar a cabo “la salud para todos en el año 2000” era necesario una estrategia distinta a las utilizadas hasta entonces. Para llenar este vacío se definió una estrategia global que se denominó Atención Primaria de Salud. Durante una década casi todos los países de la Región realizaron esfuerzos para poner en práctica las orientaciones que esa estrategia recomendaba. En un intento por organizar ese esfuerzo y obtener verdaderos resultados nacen los Sistemas Locales de Salud como una táctica operacional cuyo objetivo principal es permitir la implementación de la atención primaria de salud.

En 1990 surge el Centro Clínico Bilwi con el fin de asegurar una atención integral de salud a la población de los barrios 19 de Julio, Santa Inés y Revolución. A partir de 1994 el Centro inicia a trabajar en el barrio El Cocal.

El Ministro de Salud de Nicaragua confirmó en 1998 que “la cambiada situación epidemiológica, junto con la ineficiencia, ineficacia e iniquidad institucional obliga a introducir las correcciones necesarias que se necesitan para cambiar las prioridades y responder mejor a las necesidades de la población nicaragüense, convirtiendo al usuario en el centro de la atención”. El Ministerio de Salud plantea una Modernización del Sector de Salud con principios como: atención integral de salud, intersectorialidad y participación social.

En 1996 surge El Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte basado en los siguientes principios:

- atención integral en salud
- participación social
- revitalización cultural
- responsabilidad compartida
- equidad en la atención

¹⁵² Ibid 6.

- accesibilidad.

En 1997 el Consejo Regional Autónomo de la RAAN aprueba el Modelo de Salud.

III. Justificación

Las estrategias para lograr el compromiso de Alma Ata “la salud para todos en el año 2000”, como la “Atención Primaria de Salud” y los “Sistemas Locales de Salud”, no han alcanzado los resultados esperados. El Ministerio de Salud como entidad rectora reconoce las debilidades que existen en el actual modelo de atención, es por ello que es pertinente que se elabore un modelo de atención propio, que se adecue a la necesidad de la población. El Ministerio de Salud no toma en cuenta la pluriculturalidad de la población de la RAAN y sus cosmovisiones distintas relacionadas al proceso de salud y enfermedad. El Centro Clínico Bilwi no se desligue del proceso de reforma y adecuación de modelos de atención, ya que el Ministerio de Salud y el Centro interactúan con la misma población.

El Centro Clínico Bilwi en conjunto con el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario iniciaron iniciativas en el barrio El Cocal para promover la cooperación interinstitucional y intersectorial en la búsqueda de modelos de atención y gestión adecuados. La iniciativa del Centro Clínico Bilwi y el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario, el Modelo de Atención en Salud del Centro Clínico Bilwi necesita enriquecerse con los resultados de esta investigación.

En un estudio realizado en noviembre 1998 en el barrio las enfermedades más comunes fueron, la diarrea, malaria, cólera, gripe, parasitosis, artritis, dengue y dolores en el cuerpo. Entre los principales problemas de salud se mencionó el alcoholismo, la drogadicción, la violencia, la pobreza y la falta de medicamentos, agua potable, buenas letrinas y un Puesto de Salud.¹⁵³

La atención de salud actualmente brindada por las diferentes instancias que intervienen en el barrio El Cocal no necesariamente corresponde a las necesidades de salud identificadas de la población. En este contexto, es que se planteó identificar las características de las estrategias de desarrollo de un modelo de atención en salud comunitaria, basado en la estrategia de la atención primaria de salud, los SILOS y el Modelo de Salud de la RAAN, partiendo de las necesidades sentidas por la población local y tomando en cuenta la visión holística de salud de la etnia miskita.

Para la realización de este estudio se escogió el Barrio El Cocal por ser un barrio meramente miskito, con una estructura orgánica miskita y que tiene características parecidas a las comunidades rurales miskitas. Los hallazgos, por lo tanto, se pueden utilizar para las comunidades rurales y urbanas miskitas en la RAAN.

¹⁵³ Ibid 6.

Los investigadores pretenden, con este estudio, contribuir con propuestas de estrategias para el desarrollo de un modelo de atención integral en salud propio del barrio El Cocal y por ende contribuir a desarrollar sistemas de atención en salud locales propias de los comunitarios de la RAAN, en las cuales tendrán posibilidades de opinar, aportar y encargarse de su propia salud para el mejoramiento de las condiciones de vida y así llegar un poco mas cerca a la "salud para todos".

IV. Planteamiento del problema

Ya pasó el año dos mil, el año en que se pretendía lograr "salud para todos". Desde la conferencia internacional en 1978 en Alma Ata se definieron diferentes estrategias para mejorar la atención de salud, como "la Atención Primaria de Salud", "la Atención Integral de Salud", "los Sistemas Locales de Salud", entre otros.

El Centro Clínico Bilwi brinda servicios de salud a la población del barrio El Cocal, enfocando en los programas priorizados por el Ministerio de Salud. Tienen dos enfermeras asignadas al barrio, quienes realizan visitas domiciliarias para la captación, control y seguimiento a mujeres, niños y pacientes; y el seguimiento a la situación sanitaria en los domicilios. Realizan charlas domiciliarias, atienden a niños, mujeres y pacientes de los programas e implementan talleres de capacitación a la población sobre temas de salud. Aunque el Centro ha incidido positivamente en el estado de salud de la población, usando los indicadores de salud, que tradicionalmente usa el Ministerio de Salud, esta buscando un modelo de atención, usando estrategias y principios como la participación social, intersectorialidad y atención integral en salud y en el cual se identifica y participa la población.

Las estrategias y las actividades del Centro Clínico Bilwi fueron elaboradas desde una visión de salud integral occidental que acepta la medicina tradicional como instrumento de atención a pacientes. La atención no concuerda con la visión holística de salud de la etnia miskita, a la cual pertenece aproximadamente 90 % de la población del barrio. En la definición y ejecución de actividades del Centro tampoco se toma en cuenta otros factores que tienen grandes influencias sobre la salud y la organización de la atención en salud como, las relaciones sociales, formas y niveles de vida de la población.

El problema:

El modelo de atención en salud actual no se dirige a la solución de las verdaderas necesidades sentidas por la gente del barrio.

V. Objetivos

General:

Identificar los factores que determinan la eficacia de las principales estrategias de desarrollo de un modelo de atención en salud comunitario en el barrio El Cocal, Bilwi, 2000.

Específicos:

1. Identificar las características demográficas, socioeconómicas, ambientales, organizativas y de salud de los pobladores del barrio.
2. Conocer los procesos de atención asistencial de salud.
3. Describir los resultados de las actividades relacionadas a la salud de los diferentes actores sociales y comunitarios.

VI. Marco de referencia

La Salud Comunitaria es un conjunto de intervenciones de Salud Pública en el ámbito comunitario y con las siguientes características¹⁵⁴:

- Tiene un enfoque colectivo, no se restringen al plano de lo individual. Tampoco es ajena al contexto político, económico, social, y sobre todo, cultural de la comunidad.
- Se requiere la coordinación de actores sociales de diferentes sectores para intervenir sobre los determinantes de la salud, ya que la mayoría de los problemas de salud son multicausales.
- Integración de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y asistencia en el abordaje de los problemas de salud de la comunidad. La construcción de modelos innovadores parte de reflexiones sistemáticas con la participación de técnicos y comunidad.
- El personal de salud, profesionales y técnicos de otras disciplinas, y la comunidad aplican colectivamente sus conocimientos y habilidades a los problemas de salud que se presentan en la comunidad.
- Participación de la comunidad en el proceso de decisión. Es el elemento central. La salud comunitaria es producto del esfuerzo colaborativo entre el sector público, el sector privado y la comunidad.

6.1 Salud

La salud es un variable dependiente influida por diferentes factores o determinantes:

- Factores biológicos
- Factores ligados al entorno
- Factores ligados al estilo de vida
- Factores ligados al sistema sanitario

El estado de salud de una persona o de una población en un momento dado es el resultado de la acción de diferentes factores en momentos diferentes. Los factores biológicos y ambientales y los relacionados con el estilo de vida intervienen como condicionantes, probablemente en el mismo orden en que han sido nombrados, de forma que para un mismo individuo y una misma enfermedad el número de años que preceden a la aparición de la enfermedad varía de un factor a otro. Es preciso también remarcar las interrelaciones posibles entre estos factores.¹⁵⁵

La salud no es equilibrio, es tensión y conflicto en busca de mejores condiciones de vida, es una tentativa permanente de alcanzar niveles superiores de bienestar. En consecuencia, no es posible definir teóricamente un nivel aceptable de salud, ya que

¹⁵⁴ Espinoza J.R. et al. Salud Comunitaria: conceptos, métodos, herramientas. 1ª ed. Acción Médica Cristiana. Managua. 1999.

¹⁵⁵ Pineault Raynald y Daveluy Carole. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. 2ª ed. Barcelona, España. 1995.

cada grupo y cada individuo adopta, dentro de su dominio, aquel que mejor se ajusta a sus aspiraciones y posibilidades reales y concretas.¹⁵⁶

Las condiciones y recursos fundamentales para la salud son la paz, el cobijo, la educación, los alimentos, los ingresos, un ecosistema estable, unos recursos mantenibles, la justicia social y la equidad. Un buen estado de salud constituye uno de los principales medios para desarrollarse social, económica y personalmente, así como una dimensión importante de la calidad de vida.

6.2 Salud - enfermedad

Salud / Enfermedad es un concepto construido colectiva y socialmente. La salud y el proceso Salud - Enfermedad son aspectos muy relevantes en la cultura de un pueblo. Hay importantes elementos culturales (formas de vida, de concepción del mundo, costumbres y creencias) que establecen una percepción especial de los procesos Salud y Enfermedad. Las diferentes culturas indígenas así como las sub-culturas populares nacionales (representativas de una mezcla de diversos elementos culturales) han absorbido muchos principios de la medicina "Científica" para explicar la enfermedad. Sin embargo los conceptos etiológicos que parten del desequilibrio humano en el mundo físico y sobrenatural se encuentran todavía muy vivos, lo cual se comprueba fácilmente al observar los modelos conceptuales con que la población explica la enfermedad.¹⁵⁷

Se puede y debe actuar por medio del conocimiento biológico, sobre los puntos accesibles de las cadenas de interacción entre el hombre, los agentes y reservorios de enfermedades, y el medio ambiente. No obstante, hay que tener presente que, todas las relaciones de producción, las condiciones de vida (trabajo, nutrición, etc.), determinarán la presencia y la distribución de los problemas de salud.¹⁵⁸

Cosmovisión miskita, salud y medicina tradicional

La etnia miskita concibe el ser humano como un ser integral, por lo que sus afectaciones y enfermedades también son integrales y tienen consecuencias en todo el ser. Existe una armonía entre las fuerzas de la naturaleza y el Winta Tara (cuerpo material). Si la persona sigue las reglas elementales de concordancia con la naturaleza, de seguro llevará una vida sana y feliz.¹⁵⁹

Los pobladores de las comunidades indígenas mantienen y reproducen su visión del mundo, la relación armónica entre los miembros de la comunidad y la naturaleza. A través de esas relaciones se ha transmitido de generación a generación la profunda espiritualidad y sus valores culturales que son ejes dinamizadores de la vida en la comunidad. Esta visión incide sobre la concepción de salud-enfermedad que tienen las comunidades, por lo tanto la salud tiene que ver con la organización social, el desarrollo

¹⁵⁶ Davis Wilson Trudy et al. Factores que inciden en el uso de las letrinas por parte de los comunitarios de Tuapi, Municipio de Puerto Cabezas, primer semestre 1999. URACCAN. Bilwi, 1999.

¹⁵⁷ Ibid 12.

¹⁵⁸ Ibid 12.

¹⁵⁹ Fagoth Ana Rosa et al. Armonizando con nuestro entorno. Managua. 1998.

económico, el nivel de vida, la distribución de recursos, el medio ambiente natural y social de las comunidades.¹⁶⁰

Un elemento fundamental para el éxito de cualquier práctica médica en cualquier cultura es la activa participación tanto del médico como del paciente en el acto terapéutico, la confianza que el paciente deposita completamente en el profesional de la salud que además de entender su oficio, entiende al paciente y se hace entender de él. A pesar de que la medicina indígena es un sistema de conocimientos, creencias y prácticas destinadas a la prevención de enfermedades que se ha mantenido a lo largo de la historia de colonización y se ha enriquecido con la medicina europea y africana, no ha sido incorporada ni articulada con el sistema de salud del MINSA.¹⁶¹

La población miskita tiene sus propios agentes sanitarios en forma de sukias, curanderos, sobadores, parteras y hierberos, que garantizan una atención de salud a su población, acorde a la cosmovisión y las creencias de la misma. Un papel importante en las formas de curación de la etnia miskita juegan las plantas medicinales que se encuentran en la región.

6.3 La Interculturalidad en salud

La Multiculturalidad se define por hechos sociales y consiste en la presencia dentro de una sociedad de diversas culturas, pueblos indígenas y comunidades étnicas como grupos con diferentes códigos culturales partiendo del punto que practican costumbres o hábitos diferentes. La Interculturalidad supone ir más allá de reconocer la existencia de diferentes culturas y debe buscar un intercambio y reciprocidad en la relación mutua así como, solidaridad entre los diferentes modos de entender la vida entre dichos grupos.

Interculturalidad es el fundamento que reemplaza al etnocentrismo de las relaciones interétnicas de dominación y se constituye en el mecanismo de convivencia entre las distintas culturas en contacto, y que garantiza cada una de ellas espacios para desarrollarse en forma autónoma; es la existencia de voluntad, conocimiento, valoración, entendimiento, interacción, participación, horizontalidad, respeto y solidaridad entre las culturas.

La salud intercultural propicia que cada persona, cada pueblo sea respetado, valorado y haga uso de los servicios de salud con modalidades diferenciadas que tomen en cuenta sus características culturales y personales. La interculturalidad debería mejorar la salud y los servicios de salud de cada uno de los pueblos indígenas y comunidades étnicas, puesto que permitiría desarrollar un enfoque holístico e incrementaría la capacidad humana de las personas involucradas. Tiene como características:

- Hacia la descentralización
- Los pueblos y comunidades asuman mayor cuota de responsabilidad
- Las comunidades y pueblos pasan a ser sujetos que participan en la construcción de su propio modelo de salud

¹⁶⁰ Ibid 1.

¹⁶¹ Ibid 1.

6.4 La salud es un derecho y una responsabilidad de todos

La salud es responsabilidad de todos.¹⁶² El énfasis sobre la responsabilidad del individuo frente a su salud, sin apoyo social para las opciones deseadas, puede comportar tantos problemas éticos como el uso de medidas obligatorias y otros medios de intervención social menos deseables.¹⁶³ La educación sanitaria se convierte en el instrumento indispensable para asumir la responsabilidad activa en la defensa de la salud, tanto en el ámbito individual como colectivo; obtener informaciones correctas y suficientes, ser capaz de analizar la propia realidad, la del barrio, de la escuela o del ambiente de trabajo, sacar deducciones en relación con las condiciones de vida y salud.

La salud es un derecho de toda la gente. La responsabilidad para ese derecho descansa fundamentalmente en nuestros sistemas personales. El derecho a la salud es complejo, significa¹⁶⁴:

- Derecho de protección de los ciudadanos frente a las causas de las enfermedades y frente a todos aquellos factores que ponen en peligro el equilibrio físico y psíquico
- Derecho a obtener el óptimo de todos los factores que potencian la salud (ambientales, nutricionales, relaciones sociales)
- Derecho a la curación cuando la salud está en crisis y a la recuperación de las funciones residuales (rehabilitación)

6.5 Indicadores poblacionales y de salud

Puerto Cabezas

Para 1995 el municipio de Puerto Cabezas contaba con 39,771 habitantes equivalente al 20.6% de la población total de la Región. En su distribución por área se totalizaban 22,588 habitantes en el casco urbano y 17,183 habitantes en la zona rural. La composición por sexo reflejaba un predominio de mujeres con un 51.5% del total de la población municipal.¹⁶⁵

La población total de 1999 se estima en 49,367 habitantes de los cuales 28,038 corresponden al área urbana que viven en 3703 viviendas (7.57 habitantes por vivienda). Según sexo se cuentan con 23,941 hombres (48.5%) y 25,426 mujeres (51.5%). En el área urbana la distribución por sexo es: 13,423 hombres (47.9%) y 14,615 mujeres (52.1%). 60% de la población del Municipio es menor de 20 años.¹⁶⁶

Del total de la población municipal se estima que el 72% pertenecen a la etnia miskita, 22% a la etnia mestiza, 5.7% a la etnia criolla y un 0.3% a la etnia mayangna. En la ciudad de Bilwi la distribución por etnia es: 58.6% miskito, 31% mestizo, 10% criollo y 0.4% mayangna.¹⁶⁷

¹⁶² Modolo, Maria Antonia. Educación sanitaria, comportamiento y participación. Italia, 1979.

¹⁶³ Hannu Vuori. El modelo medico y los objetivos de la educación para la salud. Conferencia internacional de educación sanitaria. Londres. 1979.

¹⁶⁴ Ibid 18.

¹⁶⁵ Alcaldía de Puerto Cabezas. Diagnostico socioeconómico de Puerto Cabezas. 1999.

¹⁶⁶ Ibid 21.

¹⁶⁷ Ibid 21.

Según el Censo Nacional de 1971 el municipio de Puerto Cabezas contaba con una población de 11,461 habitantes. Al momento del Censo nacional de 1995 se contabilizaban un total de 39,771. Significa que en periodo de 24 años la población del municipio se aumentó en un 347%, o sea, un crecimiento anual promedio de aproximadamente 14.5%. El crecimiento anual promedio entre 1995 y 1999 es de 6.0%.¹⁶⁸

Barrio El Cocal

La ciudad de Bilwi tiene 22 barrios, el barrio El Cocal es el barrio más antiguo y tradicional de la ciudad. Según el censo realizado por el Centro Clínico Bilwi en enero 1999 en el barrio El Cocal¹⁶⁹, el barrio cuenta con 2407 habitantes, de los cuales 1242 pertenece al sexo femenino (51.6 %) y 1165 al sexo masculino. Los habitantes viven en 392 casas que significa 6.1 persona por casa. La población menor de 15 años son 1122 personas, correspondiente al 46.6 % de la población total. El barrio Cuenta con un total de 778 mujeres en edad fértil.

El crecimiento poblacional del barrio, según datos del Centro Clínico Bilwi, entre julio 1994 y enero 1999, es de un promedio de 3.9% anual.

La etnia miskita es predominante en el barrio con un 97%, seguido por la etnia mestiza (2%). La religión predominante es la Morava a la cual pertenece 82% de la población. Las otras religiones practicadas en el barrio son, la católica (10%), la evangélica (5%) y la adventista (3%). Un 8 % de la población mayor de 9 años es analfabeto y un 96% de las viviendas tiene conexión de ENEL.¹⁷⁰

Relacionado a la situación higiénico-sanitario se puede mencionar:¹⁷¹

- Un 29% de las viviendas no cuenta con su propia fuente de agua. Las otras viviendas cuentan con agua de ENACAL (53%) y/o un pozo.
- Un 53% cuenta con un servicio higiénico en buen estado, mientras un 29% no cuenta con un servicio higiénico.
- Un 77% de las familias mantiene sus patios limpios.

6.6 Modelos de atención en salud

"La **Atención Primaria de Salud** es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y la autodeterminación. La atención primaria de salud forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal,

¹⁶⁸ Ibid 21.

¹⁶⁹ Hooker Alta et al. Programa de salud del barrio El Cocal. URACCAN, Bilwi. Enero 2000.

¹⁷⁰ Ibid 25.

¹⁷¹ Ibid 25.

como del desarrollo central y económico global de la comunidad. Lleva la atención de la salud lo más cerca posible del lugar donde residen y trabajan las personas".¹⁷²

El concepto de **atención integral de salud** es de hecho el fundamento de las diversas estrategias que actualmente se aplican en la atención de salud. Dicho concepto tiene implícitas diversas modalidades o formas de aplicar la medicina que son precisamente las que dan su carácter de integralidad. Así, considera:

- La aplicación de actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras
- La atención de problemas de salud físicos, mentales y sociales
- El cuidado de todo el grupo familiar
- El trabajo en equipo
- La atención médica jerarquizada, progresiva y continuada
- El saneamiento ambiental y la proyección hacia la comunidad, promoviendo la participación activa de la misma.¹⁷³

Uno de los aspectos fundamentales de la Atención Integral de Salud es que se debe tomar en cuenta la interacción de la persona enferma y su entorno. Este implica que con la curación de una enfermedad no termina la actividad de salud, pero incluye la búsqueda de la causa de la enfermedad y la incidencia en esta.

Se entiende que un **sistema** es un conjunto de componentes y actores relacionados entre sí con un objetivo común. El **sistema social general** es la combinación de la sociedad y la cultura, caracterizado por cierta forma de organización social y por un conjunto de instituciones, sectores y relaciones políticas, económicas, educacionales y culturales, todo enmarcado dentro de una serie de valores, creencias y normas de conducta que describen una forma de vida específica.¹⁷⁴

El **sistema de salud** incluye los elementos o componentes del sistema social que están relacionados directa o indirectamente con la salud. No se limita al sector salud. El **sistema de atención de salud** corresponde a aquellos elementos o componentes del sistema social que se han diferenciado, de manera formal o informal, para realizar actividades de atención de la salud. Está constituido por el sistema institucional de los servicios de salud, públicos y privados; el sistema tradicional de atención de salud de la comunidad que emplea los agentes sanitarios tradicionales; y el sistema popular de atención de salud, que incluye el autocuidado, la atención familiar y la asistencia proporcionada a través de las redes de apoyo social, como grupos religiosos y laborales.¹⁷⁵

Un **sistema local de salud** consiste de un conjunto interrelacionado de recursos de salud sectoriales y extrasectoriales responsable por la salud de una población y un ambiente definidos en una región geográfica específica. A través del sistema local de salud se coordinan los recursos del sector salud y de otros, se facilita la participación

¹⁷² OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Temas de discusión. HSS/SILOS-17. Washington, EEUU. 1989.

¹⁷³ Beana Paz Guillerma, Montero Olivares Segio. Comunicación para la salud, una estrategia para la participación comunitaria. México.

¹⁷⁴ OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La participación social. HSS/SILOS'3. Washington. EEUU. 1990.

¹⁷⁵ Ibid 30.

social y se revitaliza y reorienta el sistema nacional de salud, haciéndolo más sensible a las verdaderas necesidades en materia de salud y desarrollo del país.¹⁷⁶

Este modelo hace énfasis en la atención integral que coordina todos los recursos disponibles en el sector salud y otros ajenos a éste para la promoción, prevención y tratamiento. Se debe analizar la situación de la salud empleando las zonas geográficas más pequeñas que sean posibles, para identificar sus necesidades y prioridades y los recursos extrasectoriales y de la comunidad disponibles para atenderlas. La amplia participación social de las comunidades, todos los tipos de proveedores de atención de salud, y una extensa participación de ONG e instituciones extrasectoriales es esencial a este modelo al definir necesidades, identificar y coordinar recursos, planificar y llevar a cabo acciones y evaluar resultados.

La modernización del Sector Salud en Nicaragua

Las nuevas estrategias en salud propuestas por el Ministerio de Salud son:¹⁷⁷

- Atención integral
- Fortalecimiento de la capacidad de resolución del primer nivel de atención
- Entrega de paquete básico de Servicios a la Población
- Educación en salud
- Servicios Clínicos preventivos en el Primer Nivel de atención
- Lucha anti-epidémica
- Articulación con el nivel Hospitalario

Dentro del nuevo rol de los SILAIS se cuenta con la preservación del medio ambiente y el ejercicio de las funciones relacionadas a la compra de servicios y suministros, control y evaluación de los compromisos de gestión y rectoría de la salud de las unidades de salud operante en el espacio geográfico de influencia. Se fortalecerá la capacidad de gestión en el nivel local.

Según la presentación de personal regional y central del Ministerio de Salud el 1 de Junio 2000 en URACCAN en Kamla, el objetivo general del programa de modernización es: elevar el nivel de salud de los nicaragüenses de bajos ingresos, mejorando el acceso y la calidad del Sistema de Salud.

El modelo de salud de la RAAN

Desde hace siglos, las practicas sanitarias tradicionales contribuían a la sobre vivencia de la población indígena bajo condiciones climatológicas extremadamente difíciles, que sin embargo no son aprovechadas adecuadamente en la situación actual. Los conocimientos de los antepasados de la población Mayangna y Miskita permitieron combatir las enfermedades típicas de la región. Estas tradiciones se relacionan con la propia cosmovisión de los grupos indígenas y con su actitud ante el fenómeno enfermedad-salud. Siempre ha habido posibilidades de impedir enfermedades en el ámbito local o de minimizar sus efectos. Este tipo de prevención se practicaba con

¹⁷⁶ Ibid 30.

¹⁷⁷ MINSA. Programa de modernización del Sector Salud 1998 - 2002. Documento de consulta nacional. Managua. Julio 1998.

determinadas dietas, costumbres de vida y condiciones de vivencia adecuadas a la zona. Por otro lado esta tradición se manifiesta con conocimientos profundos de medicina natural y hierbas medicinales.¹⁷⁸

Actualmente en la RAAN el Sistema de Salud se encuentra en un proceso de transformación para poder responder a los nuevos retos mediante la descentralización de la administración de la salud. Según la ley de autonomía, la administración de la salud le corresponde al gobierno regional autónomo. Para ello es fundamental crear las condiciones necesarias: voluntad del MINSA central, personal adecuadamente capacitado, organización eficiente del sistema, mejoramiento de la infraestructura, coordinación con y entre las diferentes instituciones, entre otros.

Los principios del modelo de salud de la RAAN:¹⁷⁹

- La atención de salud debe ser integral, es decir, considerar los elementos curativos, de rehabilitación, preventivos y de promoción, haciendo énfasis en estos dos últimos
- Se debe garantizar de manera sistemática la participación social
- Se debe promover la revitalización cultural
- La salud también responsabilidad de la sociedad
- La equidad en la atención es un elemento primordial, priorizándose a: el binomio madre-niño, las comunidades étnicas, los grupos poblacionales productivos en la pesca, la minería y el trabajo forestal
- Toda la población debe tener acceso (económico, cultural y geográfico) a la atención básica en salud.

La base de la prestación de los servicios será la propia comunidad. Para tal efecto, seguirán siendo eslabones fundamentales de la atención en salud las parteras empíricas, los líderes de salud, los brigadistas, curanderos, profetas y sukias. Las funciones del personal del Puesto de Salud serán:¹⁸⁰

- Prestar atención integral a la población del territorio inmediato
- Organizar al personal voluntario (líderes y parteras)
- Apoyar el desarrollo de las comisiones comunales de salud
- Servir de base logística para el personal voluntario
- Servir de centro de referencia y contrareferencia
- Funcionar como base orgánica de la vigilancia epidemiológica

El Modelo de Atención en Salud del barrio El Cocal

Las políticas de salud que influyen en el modelo de atención en salud del barrio son las políticas nacionales de salud y el Modelo de Salud en la RAAN. El Centro Clínico Bilwi en coordinación con el Ministerio de Salud, Municipio de Puerto Cabezas son los responsables de la implementación del modelo de atención, que enfoque en la atención integral de salud y los programas priorizados por el MINSA. Además hay varios agentes sanitarios tradicionales que realizan atención meramente curativa.

¹⁷⁸ Hooker Alta. Heck Geert Jan van. Plan de empresa Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario-URACCAN. URACCAN/CIES. Bilwi. Diciembre 1999.

¹⁷⁹ Ibid 1.

¹⁸⁰ Ibid 1.

En el barrio existe una Comisión de Salud compuesta de 5 personas, electa por el barrio, la cual, entre sus múltiples funciones comunitarias, se encarga de vigilar el estado higiénico sanitario de la población, identifica problemas de salud ambiental y apoya en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud del barrio. Además hay un grupo de promotores de salud que ayuda al personal paramédico en el censo y en la vacunación. El Centro Clínico Bilwi organiza en conjunto con la comisión, los promotores de salud y la población jornadas de limpieza y se dan charlas sobre el uso de letrinas, zanjias, pozos y la basura, también ejecutaron en conjunto un proyecto de rehabilitación de pozos de concreto con bombas de mecate. La alcaldía ayuda con la recolección de las basuras durante estas jornadas.

El Centro de Salud Ernesto Hogdson Wright ha asignado un trabajador del CEMA (Control y Erradicación de la Malaria) y un trabajador del departamento de higiene al barrio con el fin de contribuir a la prevención de enfermedades transmitidas por vectores y relacionadas al medio ambiente y la higiene.

Cuentan con los servicios del Centro Clínico Bilwi, el cual funciona en coordinación con el Ministerio de Salud. Brinda servicios de consulta externa especializada y los servicios de apoyo, con el fin de utilizar los fondos generados para garantizar atención en salud a 4 barrios de Bilwi a través de los programas priorizados por el Ministerio de Salud.

El barrio “El Cocal” tiene dos enfermeras, que son las responsables de todos los programas, realizan visitas domiciliarias y organizan actividades de salud en el barrio. El Centro Clínico Bilwi atiende prioritariamente el binomio Madre-niño, por lo que la población con diferentes patologías acude a la consulta externa del Centro de Salud Ernesto Hogdson (Policlínico), el cual da atención de medicina general y consulta medica especializada en las áreas básicas. Existe una buena coordinación entre el Centro de Salud y el Centro Clínico Bilwi.

En el barrio hay varios curanderos, parteras empíricas, un sukia, un medico botánico con su propia clínica, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, enfermeras que atienden partos domiciliarios y un auxiliar de enfermería/hierbero. Cada agente sanitario comunal tiene su especialidad y la confianza de la población de atender adecuadamente ciertos problemas. Atienden personas de los diferentes barrios de Bilwi, las comunidades cercanas, pero también llega gente de lejos.¹⁸¹

El Centro Clínico Bilwi en conjunto con el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario están desde principios del año 2000 impulsando iniciativas en el barrio El Cocal para promover la cooperación interinstitucional e intersectorial en la búsqueda de modelos de atención y gestión adecuados. Este Proyecto Piloto con la metodología de una Investigación de Acción Participativa, con una duración de cinco años, tiene como objetivo: Desarrollar una estructura organizacional del barrio capaz de dirigir su propio modelo de salud comunitario del barrio El Cocal. Pretende lograr la participación de las familias del barrio y la cooperación del 100% de las organizaciones e instituciones relevantes en la elaboración del Modelo de Salud del barrio. Además promueve la cooperación entre agentes sanitarios tradicionales e instituciones prestadores de servicios de salud, con el fin de mejorar la atención integral a la población.

¹⁸¹ Ibid 6.

6.7 La promoción de la salud

El objetivo de la promoción de la salud consiste en desarrollar condiciones que le permitan a los individuos y las comunidades alcanzar una calidad de vida en la que se satisfagan todas las necesidades básicas y se puede gozar de un sentimiento de realización y bienestar.¹⁸²

La promoción de la salud es intersectorial y participatoria por naturaleza, y es el catalizador natural para movilizar a todas las instituciones pertinentes y al propio pueblo a favor de una salud mejor en su sentido más amplio. Los elementos fundamentales para la promoción son la participación social y la educación en salud.¹⁸³ La promoción de salud busca la acción conjunta, combinando los esfuerzos de todos los niveles del sistema de atención de la salud - el nivel popular del individuo y la familia, el sistema tradicional o del pueblo y el sistema institucional de servicios de atención de salud, así como las ONG e instituciones extrasectoriales claves. También promueve el autocuidado - o sea, acciones tomadas por individuos, familias y otras personas fuera del sistema establecido de servicios de atención de salud para prevenir, tratar o mejorar el impacto de las enfermedades.

Condiciones indispensables para ello son: disponer de una base segura en un entorno adecuado, acceso a la información, habilidades personales y oportunidades para elegir acciones saludables.¹⁸⁴ La promoción comprende: educación para la salud, nutrición, control de los efectos nocivos del ambiente en la salud y salud ocupacional.

6.8 La educación sanitaria

La educación sanitaria es una intervención social, que tiende a modificar, de manera consciente y duradera, el comportamiento con relación a la salud. Presupone el conocimiento del patrimonio cultural del grupo y la determinación de sus intereses subjetivos. La educación sanitaria es un proceso de comunicación interpersonal, dirigido a proporcionar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de salud y para responsabilizar a los grupos sociales y a los individuos en la elección de comportamientos que inciden directa o indirectamente sobre la salud física y psíquica de las personas y de la colectividad.¹⁸⁵ Es un proceso en espiral continua de diagnóstico de problemas, reflexión-acción.¹⁸⁶

Una de las características más importantes de la educación en salud, es la participación voluntaria del grupo o individuo en determinar sus prácticas de higiene/salud. Las pre-condiciones son que las personas deben sentir la necesidad de cambiar sus hábitos, deben de tener los recursos materiales y las habilidades para mejorar su ambiente.¹⁸⁷

La educación para la salud tiene que ser considerada como una parte de la educación general, dirigida en particular a que los individuos y los grupos sociales comprendan las

¹⁸² Ibid 30.

¹⁸³ Ibid 30.

¹⁸⁴ Carta de Ottawa. Congreso Internacional de Salud. Ottawa, Canadá. 1986.

¹⁸⁵ Bartoli Paolo. Antropología en la educación sanitaria. Italia. 1989.

¹⁸⁶ Ibid 29.

¹⁸⁷ Davis Wilson Trudy, Espinoza Blanco Serafina. Evitemos las enfermedades. IMTRADEC. Bilwi, 1997.

medidas que son necesarias para su propio bienestar y, al hacerlo así, participar de manera activa e interesada en las acciones que se dirigen a promover y fomentar su salud. La educación no es una disciplina, sino una actividad mental.¹⁸⁸

6.9 La organización comunitaria miskita

La población de la RAAN se caracteriza por ser multiétnica y pluricultural. En esta macroregión del país se encuentran asentados cuatro grupos étnicos: los miskitos, los sumos (mayangnas), los criollos, y los mestizos. Cada uno de los pueblos indígenas y comunidades étnicas mantiene su propia forma de organización social, estructura organizacional, lengua y cultura a pesar de la transculturalización.

En las comunidades miskitos generalmente se organizan:

- La Asamblea Comunitaria conformada por los miembros mayor de edad de la Comunidad, es la encargada de elegir los dirigentes comunitarios
- El Consejo de Anciano lo conforma las personas mayores de 40 años, los cuales por lo general todos son hombres. Ellos son la máxima autoridad dentro de la comunidad.
- Le sigue el Juez, el cual es elegido cada año. El se encarga de controlar el cumplimiento de las leyes comunitarias, gestionar y organizar actividades comunitarias, entre otros. Un segundo juez y la policía civil le apoyan.
- El Consejo Consultivo: lo integra el director de la escuela primaria, padres de familia, el pastor y el juez.
- Los pastores: son representantes de Dios y tienen bastante influencia, ya que como líderes espirituales son guías y como toda la población es "cristiana" son reconocidos como unos de los principales líderes dentro de la comunidad.
- La enfermera y los agentes comunitarios de salud se encargan de velar por la salud de la población tanto en la atención asistencial, como de la promoción.
- Grupos religiosos de ambos sexos y diferentes grupos etarios, que recaudan fondos y realizan actividades religiosas y sociales

Con relación a la toma de decisiones con respecto a los problemas de salud se encargan el Juez, Consejo de Anciano, Enfermera y el Pastor, los cuales como representantes de la Comunidad trabajan en coordinación con los diferentes ONG's.¹⁸⁹

Las formas de organización del trabajo - cooperación por medio de la ayuda mutua -, vinculadas a una dinámica en organización de parentesco y afinidad, van cediendo paulatinamente a favor del trabajo asalariado o de la familia nuclear. No obstante, las formas organizativas de convivencia social de la comunidad, así como la acción colectiva ligada a distantes actividades religiosas, están vigentes. Esta diferenciación es importante, ya que parte de la cultura étnica moviliza en una serie de reciprocidades y lealtades, articulados al conocimiento y a la práctica religiosa.¹⁹⁰

¹⁸⁸ Ibid 29.

¹⁸⁹ Ibid 12.

¹⁹⁰ CIDCA-UCA. Persistencia Indígena en Nicaragua, capítulo 7.: Muñoz Betty. Comunidades Indígenas del caribe nicaragüense: El caso del barrio El Cocal. Puerto Cabezas. 1992.

6.10 La organización comunitaria y salud

En **Comunidades Saludables** los individuos trabajan juntos no sólo para mantener y mejorar su propio estado de salud, sino también el de la comunidad. Una comunidad o ciudad saludable se define como aquella que está continuamente mejorando su ambiente físico y social y desarrollando recursos de la comunidad que permiten a la población llevar a cabo todas las actividades cotidianas para desarrollar su potencial máximo por medio del apoyo mutuo. Las instituciones públicas y privadas a todos los niveles, envueltas en el desarrollo socioeconómico general o en sectores específicos como la educación, el empleo, el saneamiento y el transporte, así como la salud, junto con grupos políticos, religiosos, cívicos, y vecindarios, pueden y deben participar para crear comunidades saludables que promuevan el bienestar total de sus poblaciones y ambientes.¹⁹¹

La participación social refiere a los procesos sociales a través de los cuales los grupos (incluidos los de la comunidad), las organizaciones, las instituciones, los sectores - todos los actores sociales a todos niveles dentro de una zona geográfica determinada - intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones. La participación social es por naturaleza sistemática, refiriéndose a la interacción de muchos actores dentro del sistema social.¹⁹² La participación social en salud es un proceso a través del cual un sujeto colectivo está en capacidad de negociar en igualdad de condiciones, en espacios de toma de decisión sobre la organización de los servicios de salud.

Organización comunitaria y sostenibilidad

Se ha llegado a la conclusión de que ninguna intervención sanitaria puede tener éxito si no pasa a través de la colaboración y la participación activa de la comunidad.

El conocimiento y entendimiento de los procesos de la comunidad en todos sus aspectos (historia, salud, economía, organización interna, comunicación, recursos, problemas, etc.) es el primer paso en la organización de la misma para promover su desarrollo.¹⁹³ Se debe poner especial interés en el desarrollo de capacidades de la comunidad por asumir una coresponsabilidad por la situación de sus miembros. Para poder lograr asumir ese reto, la comunidad debe apropiarse del mismo, transformándose de objeto de intervención en sujeto que determina. Es por ello que la comunidad por medio de sus representantes (ya sea las comisiones de salud) debe asumir un papel importante en la administración de la salud. En todo proceso de modificación del estado de salud debe participar la comunidad, es decir en la identificación de los problemas, la propuesta de soluciones, la búsqueda de recursos, la definición, la planificación e implementación de intervenciones y la evaluación de las mismas. Esto será un generador de cambio y desarrollo en la sociedad y permitirá al sistema trabajar con mayor eficiencia, tomando decisiones pertinentes y considerando las particularidades étnicas y culturales de cada territorio.¹⁹⁴

¹⁹¹ Ibid 30.

¹⁹² Ibid 30.

¹⁹³ Ibid 43.

¹⁹⁴ Ibid 1.

La organización no podrá operar con éxito en su medio durante un período prolongado si no logra desarrollar relaciones estables y mutuamente beneficiosas con los actores claves de la red y un sistema de información acerca del entorno en que opera. Una de las condiciones más importantes de una red es que debe ajustarse a los cambios importantes del ambiente.¹⁹⁵

6.11 La tecnología apropiada

El inadecuado tratamiento de basura, en conjunto con las aguas estancadas, fuentes de agua potable inadecuados, las letrinas en mal estado y los predios montosos son factores que influye en la gran cantidad de vectores, como ratones, mosquitos y otros insectos que existe en los barrios. Se deben modificar los hábitos y las costumbres sanitarias de la población, para crear las bases de una modificación del perfil sanitario. Este proceso de modificación solo es posible a través de un proceso de aprendizaje, en el cual las acciones de educación sanitarias, que respeta la cosmovisión de las diferentes etnias, están combinada con una apropiación de las acciones por parte de la población y un mejoramiento de las obras sanitarias.

La identificación de la demanda de mejor saneamiento es preferible a la mera adopción de iniciativas para el suministro de una tecnología que se considera conveniente para las comunidades, ya que entra en una cooperación entre proveedores y beneficiarios que surgen del diálogo y del intercambio de información. Son los usuarios los que resuelven si aceptan o rechazan la nueva tecnología, es necesario que éstos se convenzan de que mejorar el saneamiento reportará beneficios y de que la nueva tecnología, que ha de introducirse compensará con creces los gastos. Son los proveedores los que deben evaluar el contexto social y los obstáculos que influyen en las decisiones individuales. Deben aprender de las comunidades que mejoras de saneamiento pueden ser recibidas desfavorablemente y cuáles son los aspectos positivos de las creencias, las prácticas y los valores comunitarios que pueden aprovecharse para promover el cambio.¹⁹⁶

Las tecnologías deben resolver una necesidad de las personas, de las familias, de las comunidades y deben estar fabricadas de tal manera, que los principios de su funcionamiento pueden ser entendidos por quienes las utilicen o por algunas otras personas, que se encuentren en las inmediaciones. Una “tecnología Apropiable” es aquella tecnología que la comunidad llega verdaderamente a reconocer como suya, integrándola a su cotidianeidad, haciéndola parte de su quehacer rutinario. Ante el desarrollo de esos sentimientos las personas también desearán hacerse parte de las acciones de operación y mantenimiento que corresponden.¹⁹⁷

6.12 Las plantas medicinales y medicamentos basado en flora

¹⁹⁵ Ibid 28.

¹⁹⁶ Ibid 43.

¹⁹⁷ Rosales Escalante Elías. Informe evaluación de la tecnología empleada en Agua y Saneamiento. Programa de Salud Comunitaria – AMC. Enero 2001.

Las plantas medicinales llevan al menos cinco mil años curando a gente y animales de todos las naciones. Si han resistido tantos siglos sin caer en el olvido es por méritos propios. Son tantas las ventajas que las plantas medicinales tienen con respecto a los medicamentos que es imposible explicar porque generalmente su uso está limitado a solucionar problemas pequeños.¹⁹⁸ Es conocido que los bosques tropicales albergan un enorme potencial de sustancias curativas que todavía no se han descubierto o agotado. El uso de los medicamentos está exclusivamente en manos de los médicos, las plantas medicinales pueden utilizarse sin receta y su conocimiento es transmitido por consejos de persona a persona (amigo, madre o de un curandero).¹⁹⁹

Ejemplo de las Filipinas: los servicios de salud y medicinas eran tan costosos que se habían convertido en una de las causas principales de la mala salud. ... gracias a las medicinas caseras de yerbas y a la organización comunitaria para luchar contra los prestamistas, la economía de la gente pobre ha mejorado. Como gastan menos para curarse, pueden gastar más en alimentos para sus hijos. El círculo vicioso, *los costosos servicios de salud y tratamientos son una causa de la mala salud*, se ha roto.²⁰⁰

Para obtener resultados satisfactorios en el tratamiento de enfermos en medicina tradicional, es indispensable una correcta preparación y aplicación de los remedios. Las formas de elaboración y aplicación tienen su origen en la medicina aplicada por Nahuatl y otros pueblos indígenas, siendo perfeccionados con el correr de los siglos por las parteras, curanderos y demás curadores tradicionales.²⁰¹

Son varios los tipos de remedios que se puede elaborar en base de flora, como: la infusión o té, diferentes tipos de jarabes, el jabón medicinal, la tintura y la pomada. Entre las formas de aplicar la flora medicinal podemos mencionar las vaporizaciones, el baño medicinal y la cataplasma.

Los huertos son sitios en el que se siembran plantas medicinales, hortalizas y frutales y tiene como objetivos fundamentales: tener medicina fresca, buena y barata al alcance de la mano y consumir hortalizas y frutas para mejorar nuestra alimentación. En el huerto se puede sembrar plantas para una gran variedad de problemas de salud, entre otros se puede sembrar plantas diuréticas, antipiréticas, antianémicas, antihelmínticas, antihipertensivas, dermatológicas, hipoglucemiantes y antidiarréicas.

En cuanto a la importancia y necesidad de la siembra y usos de las plantas medicinales, se puede destacar:²⁰²

- Utilidad para prevenir y curar
- Eficacia comprobada científicamente
- Seguridad, poco o ningún efecto colateral
- Disposición se encuentra fácilmente en todo el país
- Costo mínimo o nada
- Culturalmente aceptada por la mayoría de la población

¹⁹⁸ Ibid 1.

¹⁹⁹ Ibid 34.

²⁰⁰ Werner David. Bower Bill. Aprendiendo a promover la salud. Palo Alto, California, EEUU. 1993.

²⁰¹ CECALLI. Manual para promotores de salud comunitaria. Estelí, Nicaragua. 1995.

²⁰² Ibid 57.

VII. Diseño metodológico

7.1 Tipo de estudio

Este estudio es de corte transversal, participativo y para la acción, utilizando métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas.

7.2 La población del estudio

Se escogió para este trabajo el barrio El Cocal de la ciudad de Bilwi, Municipio de Puerto Cabezas, RAAN, por ser un barrio grande, alrededor del 90 % miskito, tradicional y con su propia estructura organizativa. El barrio combina características de comunidades rurales y urbanas miskitos, lo que puede facilitar la adaptación de los resultados de esta investigación tanto en el área rural como en el área urbana (miskita) de la región. El universo de la investigación es los habitantes del barrio, sus familias, las estructuras físicas y el “medio ambiente higiénico-sanitario” del barrio.

7.3 Procedimiento de la recolección

Para **identificar las características demográficas, socioeconómicas, ambientales, organizativas y de salud de los pobladores del barrio** se usó las siguientes fuentes, y técnicas de recolección:

Se realizó un censo poblacional, que incluyó una entrevista al jefe del hogar y observaciones directas, la información así recolectada fue complementada con información obtenida de informantes claves y fuentes secundarias como investigaciones anteriores sobre el barrio, informes y estadísticas del MINSA.

La guía del censo poblacional (ver anexo 6) cuenta con preguntas cerradas, semi-cerradas y abiertas. Estas preguntas fueron dirigidas a los padres de familias y llenadas según las observaciones realizadas por los recolectadores de la información. El censo se llevó a cabo en 381 viviendas, 29 viviendas se encontraron cerradas al momento de la recolección de información. Estas 29 viviendas no fueron incluidas en el censo.

La información para el censo fue recolectada por las dos enfermeras del Centro Clínico Bilwi asignadas al barrio, las cuales participaron en la elaboración de la guía y recibieron una capacitación en el llenado del formato.

Las observaciones realizadas por las enfermeras durante el levantamiento del censo fueron complementadas con observaciones no-estructuradas de la situación higiénico-sanitario del barrio, usando una guía de croquis y un croquis del barrio anteriormente elaborado. (ver anexos 7 y 10).

Observaciones son *no-estructuradas* cuando no se organiza de manera detallada o completo, por lo tanto permiten mucho flexibilidad, aunque deben ser sistemáticas y

focales. Observaciones no-estructuradas proveen datos cualitativos y por lo tanto ayudan en entender comportamientos y situaciones en su contexto social y físico.²⁰³

Las observaciones y la elaboración del croquis del barrio fueron realizadas por una de las enfermeras del barrio, en conjunto con el presidente de la comisión de salud del barrio.

Para **conocer los procesos de atención asistencial de salud** se usó principalmente métodos cualitativos, aunque también se usó información recolectada por medio del censo.

Se usó tanto fuentes primarias y secundaria. Las fuentes primarias fueron los jefes de hogar, los informantes claves, como los dirigentes del barrio, personal de instituciones de salud y agentes de salud comunitarios. Como fuentes secundarias se usaron documentos, entrevistas realizadas por estudiantes de la Maestría de Salud Pública Intercultural con las enfermeras, investigaciones hechos sobre el barrio (ej. Perfil de Salud del barrio), datos estadísticos del hospital Nuevo Amanecer ubicado en la ciudad de Bilwi e informes del Centro Clínico Bilwi del barrio. Además se usaron memorias de los talleres y reuniones realizadas en el barrio por personal del Centro Clínico Bilwi y el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario.

Se entiende por informante clave una persona quien tiene un conocimiento especial sobre algunos temas de interés del estudio y con quien el entrevistador desarrolla una relación de intercambio de información. Informantes claves brindan información sobre situaciones específicas, percepciones, actitudes y comportamientos personas o grupos poblacionales.²⁰⁴

Para la recolección de información se usaron los siguientes mecanismos:

- 5 Entrevistas semi-estructuradas a dirigentes del barrio o actores sociales usando una guía con preguntas abiertas (ver anexo 3). Entre los entrevistados están el juez del barrio, el reverendo de la iglesia morava, miembros del consejo de ancianos y un miembro activo de la comisión de salud del barrio.
- 4 Entrevistas semi-estructuradas a agentes de salud comunitarios usando una guía con preguntas abiertas (ver anexo 4).
- Una entrevista semi-estructurada a la responsable de la atención a los cuatro barrios del Centro Clínico Bilwi usando una guía con preguntas abiertas (ver anexo 5).
- Una entrevista semi-estructurada a las dos enfermeras asignadas al barrio El Cocal del Centro Clínico Bilwi usando una guía con preguntas abiertas (ver anexo 5).
- 2 Grupos focales:
 - un grupo focal con personal del Centro Clínico Bilwi
 - un grupo focal con personal del Centro de Salud EHW, del Ministerio de Salud.
 Para la realización de los grupos focales se elaboró una guía temática. (ver anexo 8).

Para la realización de *las entrevistas a agentes sanitarios tradicionales* se contó con el apoyo de la responsable de etnomedicina del Instituto de Medicina Tradicional y

²⁰³ Boot Marieke, Cairncross Sandy. Actions speak, the study of hygiene behaviour in water and sanitation projects. IRC and Londo School of Hygiene and Tropical Medicine. La Haya, Holanda. 1993.

²⁰⁴ Ibid 59.

Desarrollo Comunitario, quien realizó las entrevistas en la lengua miskita. El equipo de investigadores reunió con la responsable para prepararle. Las entrevistas se llevaron a cabo en las casas de los agentes sanitarios tradicionales. Una entrevista fue grabada, las otras tres entrevistas no.

Las entrevistas a dirigentes del barrio, actores sociales del barrio y personal de enfermería del Centro Clínico Bilwi realizarán los investigadores. Estas entrevistas fueron realizadas en español y grabadas.

Las sesiones de ambos grupos focales se grabaron con el permiso de los informantes, además se tomó notas. Las notas incluyeron datos de los participantes, lugar y fecha de la reunión, apuntes puntuales sobre la dinámica y temas de discusión. Para llevar a cabo los grupos se usó guías temáticas, ver anexo 8. Ambos grupos focales fueron realizados en los centros de trabajos de los participantes de los grupos y los investigadores realizaron las sesiones.

Criterios de selección de los informantes claves:

1. Para las entrevistas a actores del barrio:

Se seleccionó, para la realización, actores sociales e informantes claves, que correspondieron a los siguientes criterios:

- Vive o trabaja más de 3 años en el barrio
- Dirigente, trabajador social o de salud del barrio
- Reconocido por la población como actor social o informante
- Tiene conocimientos específicos sobre el barrio

2. Para la realización del grupo focal con el Centro Clínico Bilwi se reunió con la directora, el subdirector y las dos enfermeras asignadas al barrio.

3. Para la realización del grupo focal con el Centro de Salud EHW se reunió con la directora, el responsable de CEMA y la responsable de sectorización.

Para **describir los resultados de las actividades relacionadas a la salud que realizan los diferentes actores sociales y comunitarios** se usaron métodos cualitativos.

Se usaron tanto fuentes primarias y secundarias. Las fuentes primarias fueron los informantes claves, como los dirigentes del barrio, personal de instituciones de salud y agentes de salud comunitarios. Como fuentes secundarias se usaron documentos, entrevistas realizadas por estudiantes de la Maestría de Salud Pública Intercultural con las enfermeras, investigaciones hechas sobre el barrio (ej. Perfil de Salud del barrio) e informes del Centro Clínico Bilwi del barrio. Además se usaron memorias de los talleres y reuniones realizadas en el barrio por personal del Centro Clínico Bilwi y el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario.

Las técnicas de recolección usadas fueron la documentación, la entrevista semi-estructurada y el grupo focal.

7.4 Los variables y descriptores del estudio:

Las características demográficas, socioeconómicas, ambientales, organizativas y de salud de los pobladores del barrio.

Aspectos demográficos de la población:

- Número de habitantes
- Sexo de los habitantes
- Grupos etarios
- Número de viviendas
- Número de familias
- Tamaño de familias
- Etnias de las familias
- Años que viven en el barrio las familias
- Lugar de origen de las familias

Situación económica de la población:

- Número de personas de la familia que trabajan para asegurar ingresos económicos
- Profesiones de las personas en edad laboral
- Quienes aseguran ingresos
- Tamaño de las viviendas
- Material de construcción de paredes y piso de las viviendas
- Estado de las viviendas
- Número de cuartos de las viviendas
- Número de conexiones a ENEL
- Número de conexiones a Cablevisión

Situación social de la población:

- Nivel académico de la población
- Religión de las familias
- Estado civil de los padres de familia
- Problemas sociales

Organización comunitaria:

- Estructura de la organización
- Funcionamiento de la organización

Situación higiénico sanitario:

- Fuentes de agua potable
- Tratamiento de agua potable
- Ubicación de la cocina en relación de la vivienda
- Tipo de combustible que usan para cocinar
- Tratamiento de basura
- Limpieza patios
- Limpieza terreno comunal
- Disposición de heces
- Presencia de aguas estancadas
- Presencia de vectores
- Animales domésticos

Morbilidad:

- Tipos de enfermedades
- Prevalencia de enfermedad
- Edad de enfermos
- Sexo de enfermos
- Etnia de los enfermos
- Epoca de año en el cual prevalece cierta enfermedad

Mortalidad:

- Causas de mortalidad
- Edad de los fallecidos
- Sexo de los fallecidos
- Etnia de los fallecidos

Principales problemas de salud:

- Los tipos de problemas
- A quienes afectan los problemas
- Orden de prioridad de los problemas
- Causas de los problemas

Los procesos de atención asistencial de salud.

Agentes de salud presentes en el barrio:

- Tipos de agentes sanitarios
- Cantidad de agentes
- Especialidad de los agentes

Servicios de salud que se brindan a la población:

- Tipos de servicios de salud
- Quienes o donde brindan los servicios
- Opiniones sobre los servicios

La colaboración entre los agentes y servicios:

- Coordinación entre los agentes y servicios
- Referencias de pacientes
- Contra-referencias de pacientes

Donde buscan atención de salud cuando está enferma la población:

- Lugar de atención o tipo de agente de salud
- La motivación de buscar atención en un cierto lugar de cierto agente

Preferencias de la población acerca del tipo de medicamento:

- Tipo de medicamento
- Lugar de adquisición
- Para cuales enfermedades se prefiere usar los medicamentos
- Etnia que prefiere cierto medicamento
- Motivación para la cual prefieren cierto medicamento

Posibles soluciones para la falta de medicamentos básicos

Los resultados de las actividades relacionadas a la salud de los diferentes actores sociales y comunitarios.

Actores sociales existentes:

- Cargo del actor
- Funciones

Actividades relacionadas a la salud:

- Tipo de actividades
- Frecuencia de las actividades
- Ejecutores de las actividades
- Coordinación entre los ejecutores
- Temas de las actividades
- Participantes de las actividades
- Resultados de las actividades

En la matriz de obtención de información (ver anexo 1) se especifica los componentes, variables, descriptores, fuentes de información, las técnicas y los instrumentos.

La operacionalización de variables y descriptores está reflejada en anexo 2.

7.5 Procesamiento y análisis

La información recolectada en el censo poblacional se ordenó por las variables del estudio correspondientes. Se usó tablas de frecuencia, para ordenar la información recolectada en el censo, según las variables y sus respectivos valores. Para encontrar relación entre diferentes variables del estudio se elaborará tablas de encruzamiento.

Para facilitar el procesamiento de esta información se usó el programa SPSS 6.1.3 para Windows.

Las observaciones sobre la situación higiénico sanitario comunitaria se reflejan en el croquis del barrio.

La información brindado durante las entrevistas y grupos focales se grabó con una grabadora de periodista, además se toma apuntes. Los cassettes con la información de las entrevistas realizadas se transcribió. La grabación de la entrevista en la lengua miskita fue traducida a español por de la responsable de etnomedicina del Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario.

Las entrevistas a las dos enfermeras asignadas al barrio y tres agentes sanitarios tradicionales no fueron grabadas. Durante estas entrevistas solamente se tomó apuntes.

La información recolectada con las entrevistas se ordenó por informante, se identificó los fragmentos de texto que hace referencia a cada descriptor y se agruparon los textos de los diferentes informantes por las preguntas de entrevistas. Así se comparó la información que brindaron los diferentes informantes sobre un mismo tema/descriptor, usando matrices. Para encontrar relación entre diferentes descriptores del estudio se realizaron encruzamientos. Por ejemplo, entre los diferentes aspectos sociales, económicos, higiénico sanitario y morbilidad.

Toda la información ordenada fue interpretada en un primer momento por los estudiantes y en un segundo fase discutida con la población del barrio y actores relevantes.

Para el control de sesgos se trianguló la información, asegurando diferentes fuentes de información por un descriptor y en una fase posterior la retroalimentación hacia la población de los datos, el análisis, las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Los resultados se ordenaron por ejes de discusión. Cada eje conlleva a la interpretación de un grupo de resultados a partir de criterios teóricos de referencia, lo cual da lugar al establecimiento de valoraciones correspondientes orientadas al Objetivo General de la investigación.

7.6 Presentación de resultados y tesis

Durante el desarrollo de la carrera Maestría de Salud Pública Intercultural los estudiantes tenían en diferentes momentos oportunidades de aumentar y profundizar sus conocimientos teóricos y habilidades prácticas, además ir escribiendo su Monografía. Inició con un encuentro de “metodología de investigación científica” impartido por el Dr. Julio Piura. Como resultado final los estudiantes contaron con su perfil de monografía. Durante el “seminario monográfica”, impartido por los Doctores Rene Pérez y Julio Piura, los estudiantes mejoraron sus trabajos y elaboraron sus Protocolos Monográficos.

El protocolo del presente trabajo fue revisado por la Lic. Alma Lila Pastora y la Dra. Martha González y aprobado para iniciar la recolección de la información. Los estudiantes tuvieron durante cinco momentos tutoría de la Dra. González, quien apoyó los estudiantes en la reformulación de objetivos y variables/descriptores del estudio; en el mejoramiento y reordenamiento de especialmente el diseño metodológico y el marco de referencia; y posteriormente en la revisión de los resultados.

También hubo una sesión con el Lic. Manuel Martínez y otro con la Lic. Alice Pineda, en las cuales se hicieron primeramente una tutoría puntual sobre el procesamiento y ordenamiento de la información recolectada, la elaboración del documento final y posteriormente una revisión completa del documento elaborado.

La tesis está ordenado según las normas académicas de la Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua. La información cuantitativa está reflejada de manera narrativa en el documento y ocasionalmente se hizo uso de gráficas o diagramas para apoyo al lector. Además en los anexos se reflejó una parte de la información en tablas, expresando la información en números absolutos y porcentajes. La información

cualitativa se presentó de manera narrativa y oraciones textuales de los informantes claves.

Se realizó una predefensa en la cual se presentó el borrador del informe final ante un jurado, con el fin de recibir insumos para el mejoramiento de tanto el documento como la presentación de la misma. En la defensa de la tesis se expondrá en media hora el informe final ante un jurado de expertos en la materia, seguido por una sesión de preguntas y respuestas. Se usará técnicas visuales como cartulinas y retroproyector para facilitar el entendimiento del trabajo por el público.

Posterior a la defensa se presentará el informe al los actores sociales relevantes y la población del barrio, con el fin de la retroalimentación y validación de la información y la elaboración de un plan para la implementación de las recomendaciones del trabajo.

7.7 Criterios éticos

Durante todo el proceso de la investigación involucró la población y los actores sociales relevantes del barrio; se trabajó con permiso de los mismos; y los hallazgos validados con los mismos. Se realizó la comunicación con la población sobre la investigación, sus objetivos y la metodología. Y posteriormente a la defensa se realizará la retroalimentación de información final a la población y los actores

VIII. Resultados

Las características de los pobladores del barrio.

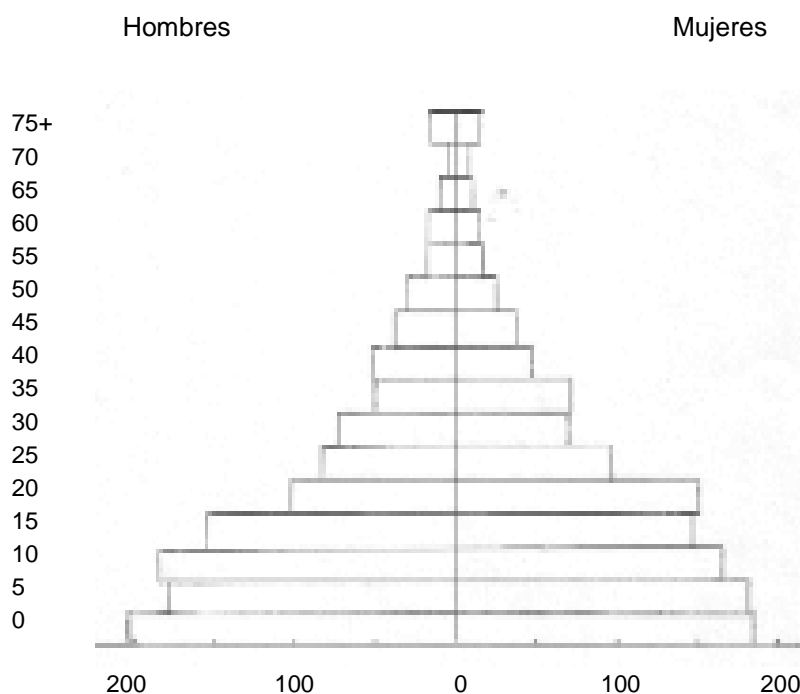
Durante los meses marzo a mayo de 2000 fueron visitadas 381 viviendas en el barrio El Cocal y entrevistados los jefes de familia en relación a aspectos demográficos, socioeconómicos, ambientales, organizativos y sanitarios de los pobladores.

Características demográficas

El barrio cuenta con 2449 habitantes, de los cuales 50.6% (1238) son del sexo femenino y 49.4% (1211) del sexo masculino.

La edad promedio de los habitantes es 20.76 años, con una mediana de 17 años. La población menor de 15 años representa el 44.8 % de la población total. La relación de dependencia entre la población en edad laboral (15 a 64 años) y la población en edad no-laboral fue del 90.0 %. La población de Mujeres en Edad Fértil (15 a 49 años) corresponde al 25.3% de la población y el 50.0 % de las mujeres.

La pirámide poblacional demuestra la estructura de población por sexo y se ilustra a continuación.



Fuente: censo poblacional

Del total de familias el 89.0 % pertenece a la etnia Miskita (ver anexo 11, tabla 1). La razón de personas por vivienda es de 6.43. El promedio de personas por casa por etnia es de 6.5 para miskitos, 5.4 para mestizos y 6.0 para criollos (ver anexo 11, tabla 2). Las familias más grandes (con mayor de 9 personas por personas) pertenecen a la etnia miskita.

En el 81.9 % de las viviendas vive una sola familia (ver anexo 11, tabla 3). El 89.0 % de las familias no son originarias del barrio, 20.2 % son originarias de la comunidad de Krukira (28 kilómetros de la ciudad de Bilwi). Ver anexo 11, tabla 4. El 36.9 % tienen menos de 11 años de vivir en el barrio (ver anexo 11, tabla 5).

Con relación al crecimiento poblacional para septiembre del 1994 en el barrio habitaban 2044 personas y para abril 2000 vivían 2449, lo que significa un crecimiento de 19.8 % en los últimos 5.5 años, o sea un crecimiento de 3.6 % por año.

Descripción	sept. 94	jul. 95	Ene. 96	ene. 97	ene. 98	99	Abril 00
No. de fam y casas	297	363	339	346	369	392	381
No. población	2044	2338	2252	2287	2295	2407	2449

Fuente: Censos anuales Clínica Bilwi

El sistema de vida en el barrio es de tipo comunitario. La gente entra y sale, hay mucho movimiento a lo interno. “Si hoy llegamos y encontramos a una familia, a los dos o tres meses esa familia ya se fue a otra comunidad. Ellos tienen familia aquí y allá, entonces no son permanentes”.²⁰⁵

Situación económica

En el 46.2 % de las viviendas existe una persona que asegura algún tipo de ingreso económico y en el 17.9 % nadie trabaja para producir ingresos económicos (ver anexo 11, tabla 6). El promedio de personas que aseguran ingresos por casa es de 1.2. El número de personas que aseguran ingresos por vivienda, según etnia es de 1.2 para la etnia miskita, 1.3 para la mestiza y 1.4 para la criolla.

La mayoría de la población entre 15 y 64 (77.1%) se considera sin profesión. De los 252 que refieren tener profesión, el 18 % es marinero (ver anexo 11, tabla 7). Entre la población profesional mayor de 65 años se destacan pastores y domésticas. El porcentaje de personas con empleo fijo es pequeño, muchas viven de chambas o trabajos temporales. Varios de los comerciantes son vendedores de yuca, leña, plátanos entre otros en el mercado. “La gente hace chambas en el Muelle, hay albañiles, la mayoría no tiene trabajo fijo, son pobres, en las comunidades viven mejor.” “La gente en el barrio es pobre, quiere trabajar, pero muchos no tiene empleo fijo, solo chambear”²⁰⁶.

²⁰⁵ Ibid 25.

²⁰⁶ Ibid 6.

La relación de dependencia (entre personas en edad laboral y en edad no laboral) es 90.0% (ver arriba). La dependencia promedio entre personas trabajando y personas no trabajando en una vivienda es de 0.17. En 20 % de las viviendas el grado de dependencia es menor de 0.1.

De las 381 familias, el 70.3 % tiene un hombre como jefe familiar. En el 30 % de los hogares miskitos y en el 29 % de los mestizos existe una mujer como jefa de la familia. En ningún hogar criollo hay una mujer como jefa de familia.

El material de las paredes y pisos de las viviendas es en el 78.0 % de madera y en el 22.0 % de concreto. El estado del 64.6 % de las viviendas es bueno. El 25.7 % de las viviendas tiene un tamaño entre 30 y 39 metros cuadrados (ver anexo 11, tabla 8). Promedio es de 41.16 metros cuadrados por vivienda. El tamaño promedio de la vivienda por persona es de 6.40 metros cuadrados. El 19.4 % de las familias y el 25.4 % de las personas vive en espacios con menos de 4.0 metros cuadrados por persona.

El 26.5 % de las viviendas cuenta con dos cuartos, el 24.9 % sin cuartos (ver anexo 11, tabla 9). Hay un promedio de 1.6 cuartos por vivienda y existe un promedio 3.9 personas por cuarto. El 50 % de las familias miskitas vive en viviendas con 1 o 0 cuartos; el 100 % de las familias criollas viene en viviendas con 2 o más cuartos. Promedio de cuartos por etnia es de 1.5 para los miskitos, 2.1 para los mestizos y 3.2 para los criollos.

La mayoría de las viviendas (61.9%) no tiene la cocina separada del resto de la vivienda. El combustible más usado para cocinar es la leña (33.3 %), seguido por gas (22.3 %) (ver anexo 11, tabla 10). El 38 % de la población que usa leña o carbón para cocinar tiene su cocina separada del resto de la vivienda.

La gran mayoría de las viviendas cuenta con luz eléctrica (79.5%), mientras una minoría tiene televisor (31.5%). De la etnia miskita el 23% no tiene luz eléctrica. De toda la población sin luz eléctrica el 99 % es miskita. El 28 % de las familias miskitas, el 60 % de las mestizas y el 80 % de las criollas cuentan con conexión a cablevisión.

Situación social

El nivel escolar de la población está caracterizada de la siguiente manera: el 25.8 % cuenta con una educación primaria incompleta. El 53.6 % de los que cursan una educación superior es hombre. Del total de personas con primaria incompleta, el 44.6 % es mayor de 12 años y del total de personas con secundaria incompleta, el 50.8 % es mayor de 19 años. El 30.3 % (157 niños) de los niños entre 4 y 10 años no asisten a la escuela. El 65.8 % de los analfabetos son mujeres. (ver anexo 11, tabla 11).

La religión predominante es la Morava con el 64.8 % de la población (ver anexo 11, tabla 12). La religión morava predomina entre las familias miskitas con el 71.1 %, y la mayoría (60.0 %) de los mestizos pertenece a la religión católica.

Una mayoría de los padres de familia es casado, con el 61.4 % (ver anexo 11, tabla 13).

A cerca de la situación social los actores comunitarios opinan lo siguiente:

- “De todas las comunidades que he visitado y donde he vivido, este es el barrio más conflictivo, problemático. Hay mucha delincuencia. Es tan grave este

comportamiento, que a la Iglesia en ciertas ocasiones le han robado sus pertenencias.” (reverendo)

- “Se puede incidir en los problemas, porque el Cocal es el Barrio que tiene más gente, tienen profesionales como: enfermeras, profesores, pastores, doctoras, licenciadas, concejales y mucha otra gente capacitada”. (presidente comisión de salud)
- “En el Barrio la gente no es tan solidaria como antes. En este barrio había poco gente, como unas 20 familias, pero cuando comenzó la Guerra llegó gente de otras comunidades, por eso no se conocen.” (anciano)

El barrio Cocal es probablemente uno de los barrios con más problemas sociales de Bilwi, como²⁰⁷:

- “la gente en el barrio Cocal (central) es muy dura (terca), toma mucho guaro, usa droga, la gente de Punta Fría es diferente, en Punta Fría hay menos pleitos y robos.”
- “hay muchos pleitos entre vecinos y familiares, hay mucha droga; es preocupante porque la juventud de este lado no le gusta estudiar.”
- “mucha gente tiene miedo de entrar en el barrio. El barrio tiene muy mala fama, hay bastante pleito; hay alcoholismo, muchos jóvenes roban.”
- “te da vergüenza decir que vives en el Cocal, allá viven ladrones, alcohólicos. El barrio es altamente conflictivo, hay clanes de diferentes comunidades. El área más conflictiva es la calle principal, la Punta Fría es más tranquila. Hace falta el apoyo de los padres, ellos llevan sus hijos a pescar, no pueden estudiar”

Organización comunitaria

La estructura organizativa del barrio Cocal está conformada por los siguientes puestos²⁰⁸:

- Un juez que se encarga de la limpieza comunal, coordinaciones con la policía, es el punto de contacto hacia afuera
- Un segundo juez, el que representa al juez en su ausencia
- Un responsable de terreno que se encarga de resolver problemas de límites geográficos y de terreno dentro de la comunidad
- Un policía civil que ayuda a capturar ladrones y vigilar por la seguridad en el barrio

El Consejo de Ancianos está conformado por 4 miembros, la policía civil cuenta con 8 voluntarios, según el juez. Según el reverendo la organización es más amplia: “La organización comunitaria está compuesta por un Juez, el Consejo de Ancianos, las Parteras, Médicos Naturistas, y las Policías Voluntarias.” El presidente de la comisión de salud tiene otra opinión: “El Juez Gilberto Law y la comisión de salud, nadie más. Los reverendos de las diferentes Iglesias de Barrio no llegan a las reuniones comunitarias.”

Los dirigentes se reúnen pocas veces. Solo se reúnen en caso de problemas. Sobre el funcionamiento de la organización comunitaria tenemos:

- “El Juez se elige voluntariamente y se cambia, si hay anomalías o mal funcionamiento. De la misma manera se procede con la policía voluntaria y el Consejo de Ancianos (anciana).

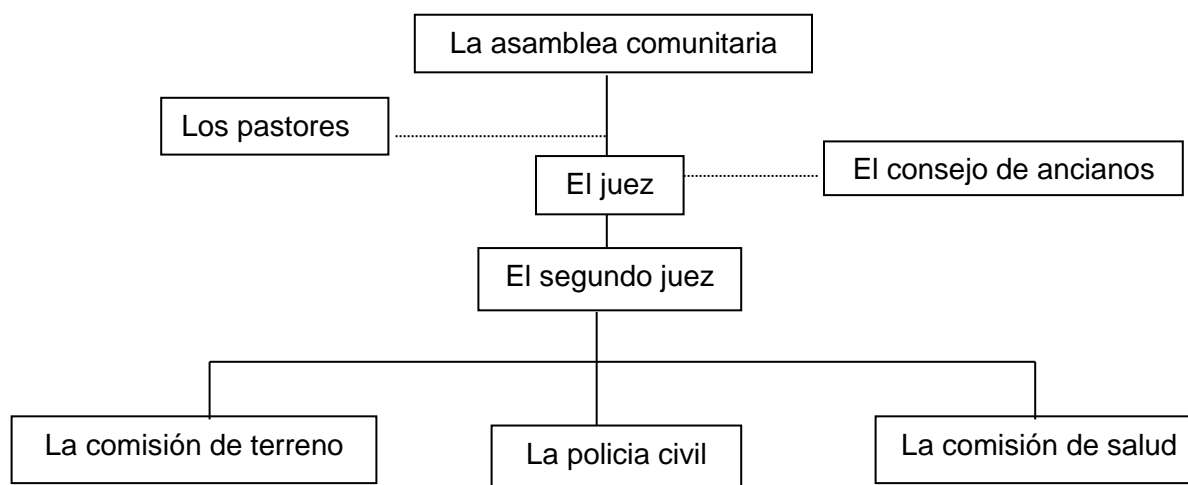
²⁰⁷ Ibid 6.

²⁰⁸ Ibid 6.

- El Juez vela por los problemas de los comunitarios, por ejemplo llama a una asamblea para revisar los problemas existentes en el barrio, con la participación de las autoridades, como la policía, Alcaldía, Clínica Bilwi y otros. Y el Juez se encargará de ejecutar los acuerdos.” (juez del barrio)
- “Yo he participado en las asambleas que realizan, tanto el Juez como el Consejo de Ancianos, también hay reuniones para tratar problemas pequeños en donde no se llama a toda la población, sino solamente las personas afectadas y las decisiones tomadas allí se respetan, a pesar de no llevar actas o libros donde se escriba las decisiones.” (reverendo moravo)
- El presidente de la comisión de salud opina: “El juez del barrio tiene mucho trabajo, cuando queremos hablar con el no está en la casa. El debe delegar el trabajo, que otros decidan, por el ejemplo la comisión de salud y la comisión de terreno se reúne y toman decisiones. Debemos trabajar más unidos, la gente del barrio no tiene la culpa que los dirigentes no trabajen bien organizados.”

El funcionamiento de la organización comunitaria no es óptima; “los reverendos de las Iglesias no piensan en la salud de sus poblaciones, solamente piensan en la espiritualidad. Por eso el problema del Barrio solo los ve la comisión de salud y los Jueces. Hay concejales del gobierno, médicos, enfermeras, reverendos, pastores, pero no colaboran, no están unidos” (presidente de la Comisión de Salud), “en realidad no se porque es así, pero el Juez parece que quiere trabajar solo”. (anciana).

El organigrama de la organización comunitaria²⁰⁹:



El Consejo de Ancianos puede organizar la asamblea comunitaria. En la Asamblea también eligen los miembros de la comisión de terreno, la policía civil y el segundo juez. Según participantes del taller sobre organización comunitaria²¹⁰, refieren que la Asamblea:

- "No existe. Cuando hay un problema se toca la campana y llegan 15 personas", "Solamente, cuando hay un proyecto y chambas, llega más gente"
- "Cuando se eligió el juez actual llegaron 100 personas. No hubo consenso, pero la mayoría estaba en favor de Chepe" (juez actual)

²⁰⁹ Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario – Centro Clínico Bilwi. Memoria de taller de Organización Comunitaria del barrio El Cocal. Bilwi. 21 de noviembre 2000.

²¹⁰ Ibid 65.

- "En la asamblea la gente propone y elige los miembros del consejo de ancianos"
- "La policía llevó los nombres del juez y de los miembros del consejo de ancianos elegidos y dijo al juez de llegar al día siguiente, pero el no lo hizo. El nunca llegó a legalizar las nuevas autoridades." "El Zapatero (juez anterior) oficialmente todavía es juez."

La Comisión de Salud fue formada por iniciativa del Centro Clínico Bilwi. "Hicimos una reunión y se eligieron los miembros de la comisión. Son 5 miembros, solo el presidente y el vice funcionan." "La comisión de salud necesita permiso del juez para tocar la campana, para llamar gente para reuniones."

Sobre el funcionamiento de los integrantes de la organización comunitaria, se opinó lo siguiente en el mismo taller²¹¹:

- "El segundo juez no cumple con sus funciones."
- "Los dirigentes no tienen interés, cuando los buscan no están", "Cuando llama al juez dice si, si, si, pero no está, no llega."
- "El juez no quiere resolver problemas. No quiere trabajar para la comunidad."
- "El consejo de ancianos no está cumpliendo con su función. Tienen que tomar una decisión, llamar al juez y exigirle que trabaje."

Además de estos puestos existen varias otras organizaciones como, un grupo de mujeres que organiza el "Kin Pulanka" (fiesta miskita que se lleva a cabo al principio de cada año en la cual se presenta el rey y la reina de la comunidad), dos grupos de jóvenes y un grupo de mujeres de la iglesia morava.²¹²

Situación higiénica sanitario

Los resultados del censo poblacional demuestran que el 95.8 % de las viviendas tiene una conexión al sistema de agua de ENACAL (ver anexo 11, tabla 14). El 18.0 % de las viviendas tiene su propio pozo. El 58.0 % de los pozos cuenta con un brocal de concreto (ver anexo 11, tabla 15). El 11.5 % de las viviendas cuenta con dos fuentes de agua (ENACAL y pozo) y el 0.5 % (dos viviendas) no tienen fuente propia. Se ve un aumento de viviendas con conexión a ENACAL: un aumento de 29 % en el último año. En el mismo año el porcentaje de casas sin fuente propia bajó de 29 % (1999) a 0.5 % (abril 2000).

Fuentes de agua:	sept. 94	julio 95	enero 96	enero 97	enero 98	99	abril 00
% casas con pozo	19	11	11	10	10	8	6
% casa con ENACAL	48	50	60	60	64	53	82
% casa con pozo y ENACAL	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	10	11.5
% casa sin fuente	33	39	29	30	26	29	0.5
Total	100	100	100	100	100	100	100

fuelle: Perfil de Salud, censo poblacional 2000

²¹¹ Ibid 65.

²¹² Ibid 6.

En el 90.8 % de las viviendas no se purifica el agua de consumo (ver anexo 11, tabla 16). En el 23 % de las viviendas con pozos se purifican el agua de consumo (23 %).

El 65 % de las viviendas cuentan con letrinas, el 37.8 % de las familias tienen una letrina en buen estado. El 29.4 % no cuenta con inodoro, ni con letrina (ver anexo 11, tablas 17 y 18). El 5% de las familias miskitas tiene inodoro, el 31 % de los mestizos y el 40% de los criollos.

Servicios higiénicos domésticos:	sept. 94	julio 95	enero 96	enero 97	enero 98	99	Abril 00
% casa con servicio higiénico en buen estado	47	48	56	57	62	53	44
% casa con servicio higiénico en mal estado	25	14	11	10	10	18	27
% de casa sin servicio higiénico	28	38	33	33	28	29	29
Total	100	100	100	100	100	100	100

fuentes: Perfil de salud, censo poblacional 2000

Aunque en el periodo de 1994 a 1998 había un aumento del porcentaje de viviendas con servicios higiénicos en buen estado, a partir de 1998 hasta la fecha este aumento desapareció. En el periodo de 1994 a la fecha ha habido una reducción de 3 % en las viviendas con servicios en buen estado. De igual manera de 1994 a 1998 había una reducción de letrinas en mal estado y de 1998 hasta 2000 subió el porcentaje de viviendas con servicios higiénicos en mal estado hasta 2 % encima del porcentaje de 1994.

El 69.0 % de los patios domésticos se encuentran limpios. El 91.0 % de las familias mestizas mantienen sus patios limpios.

Limpieza de patios:	sept. 94	julio 95	Enero 96	enero 97	enero 98	99	Abril 00
% casas con patios limpios	72	45	85	68	84	77	69
% casas con patios sucios	28	55	15	32	16	23	27
Sin datos	0	0	0	0	0	0	4
Total	100	100	100	100	100	100	100

fuentes: Perfil de Salud, censo poblacional 2000

Como se puede observar no hay una tendencia de mejoramiento, más bien en los últimos dos años hay un aumento de patios sucios.

El vector con mayor presencia en el barrio es el mosquito. En el 18.6 % de las viviendas se encuentra moscas, mosquitos, cucarachas y ratones. En 51.6 % de las viviendas hay dos o tres vectores. Hay un promedio 2.72 vectores por vivienda. (ver anexo 11, tablas 19 y 20)

El animal domestico preferido en el barrio es el perro. En el 58.5 % de las viviendas hay animales domésticos. (ver anexo 11, tabla 21)

Se escucha fuertes quejas en el barrio sobre las aguas estancadas en charcos y la falta de un buen sistema de drenaje de aguas residuales y de lluvia. En 1998 había 4 charcas grandes en el barrio²¹³. Durante el invierno y después de las lluvias recias se multiplican los charcos en muchas de las calles del barrio, en muchas zanjas estan llenas de agua, por el mal mantenimiento y en los patios, debajo de los lavatrastes hay aguas estancadas.

El barrio es bordeado por un pequeño río contaminado que nace más allá de la base militar y desemboca en la bocana que da salida al Océano Atlántico. A su orilla se encuentran construidas varias letrinas colgantes que se evacuan en la misma. El río es utilizado por algunos pobladores para recoger agua de uso diario en las casas, para agua de consumo, para lavar ropa y para trasladar las heces que en ella cae hacia el Mar Atlántico. Las calles principales y secundarias tienen zanjas que fueron construidas a la orilla de la calle por la Alcaldía para dar salida al agua de lluvia y evitar un poco el estancamiento y encharcamiento de las aguas.²¹⁴ (ver anexo 10, croquis higiénico sanitario del barrio)

Existe un tratamiento inadecuado de la basura. Hay basureros clandestinos, “la basura esta regada por todo el barrio” (presidente de la Comisión de Salud, después de levantar el croquis), hacen falta lugares destinados y adecuados para depositar la basura en espera de su recolección por la alcaldía. También la alcaldía debe mejorar y sistematizar esta recolección (“la alcaldía no llega a recoger la basura”). Durante la ultima jornada de limpieza del barrio (noviembre 1999) se llenó 7 camiones con basura. Esta actividad fue organizada por la ONG Italiana GVC, el Centro Clínico Bilwi y la Alcaldía Municipal, se dio una buena participación de niños de 10 a 14 años²¹⁵.

La percepción de los agentes sanitarios tradicionales y los dirigentes del barrio sobre la situación higiénico sanitario:

- “Esta pésima, hay mucho suciedad, aguas estancadas, charcos. No toda la gente tiene letrina, y las que están se encuentran en general mal estado.” (Curandero, McDavis)
- “Bueno, siempre nosotros aconsejamos a la gente para que mantengan su casa y patio limpio, hay personas que escuchan el consejo y lo hacen. Hay otros que no lo hacen, no tienen letrinas, no tienen agua limpia, toman agua sucia por eso se enferman con frecuencia”. (Curandera, Nicho)
- “No esta bien porque la Alcaldía no hace la recolección de basura en el barrio y esto crea condiciones para la mosca, cucaracha, ratones y otros.” (Juez)

²¹³ Ibid 6.

²¹⁴ Hooker B. Alta et al. Mapa provisional del barrio El Cocal. URACCAN. Febrero 2000.

²¹⁵ Heck Geert Jan van. Entrevista a enfermeras del barrio El Cocal, Bilwi. URACCAN/CIES. Enero 2000.

- También el presidente de la Comisión de Salud queja sobre la Alcaldía: “La Alcaldía debe recoger basura de la orilla de la calle y nosotros debemos limpiar al centro. A veces viene una vez por 2 meses y sola pasa por la calle principal.”
- “Hay muchas basuras en las zanjas y hay muchos mosquitos”. (anciana)

“La situación higiénica-sanitaria en el barrio no es buena, la gente no se preocupa mucho por mantener limpios los terrenos comunales, con excepción de los patios de las iglesias que se mantiene en buenas condiciones.”²¹⁶

Morbilidad

Para la obtención de la información sobre la morbilidad se entrevistó los jefes de familia del barrio (censo poblacional), además se hizo revisión de los datos estadísticos tanto los del Centro Clínico Bilwi como los del Hospital Nuevo Amanecer.

El Programa Integral a la Madre, Niñez y Adolescencia del Centro Clínico Bilwi atendió durante el año 2000, 221 niños de 0 a 5 años de edad desnutridos (tasa=49/100), 107 (tasa=23/100) con Infecciones Respiratorias Agudas, 28 (6/100) con Enfermedades Diarréicas Agudas y 17 (4/100) niños fueron desparasitados. (fuente: Centro Clínico Bilwi)

Entre las causas de consulta de 241 niños entre las edades de 0 a 15 años del barrio El Cocal atendido por el programa del Centro Clínico Bilwi tenemos: las Infecciones Respiratorias Agudas con el 51 %, Enfermedades Diarréicas Agudas con el 13 % y Dermatitis 7 %. En los niños menores de un año el porcentaje de afectados por Infecciones Respiratorias Agudas es aun más alto: 65 % (tasa=55/100 niños). (Fuente: Centro Clínico Bilwi, ver anexo 11, tabla 22)

Durante el año 2000, 35 pacientes del barrio hicieron uso del Servicio Pediatría que presta el hospital Nuevo Amanecer. Entre las causas de ingreso se destaca la neumonía, crisis de asma bronquial con el 37 % (13 casos). (Fuente: hospital Nuevo Amanecer)

Las principales causas de ingreso del Servicio Medicina del mismo hospital Nuevo Amanecer durante el año 2000 fueron las cardiopatías y diabetes (fuente: hospital Nuevo Amanecer)

Los jefes de familia, al preguntarles sobre problemas de salud, ellos refieren las enfermedades. Como principales problemas de salud, la población menciona que No tienen problemas de salud en un 35.7 %, seguido por Infecciones Respiratorias Agudas en el 30.4 %. Las Enfermedades Diarréicas Agudas fueron mencionadas en el 8.7 %. (fuente: censo poblacional, ver anexo 11, tabla 23)

Las enfermedades crónicas más frecuentes son hipertensión arterial (5.1 % de la población, fuente: censo poblacional, ver anexo 11, tabla 24). La hipertensión arterial se presenta en los mayores de edad: un 30 % de los mayores de 64 años sufren de esta enfermedad. El Asma Bronquial es una enfermedad que afecta más a los menores de

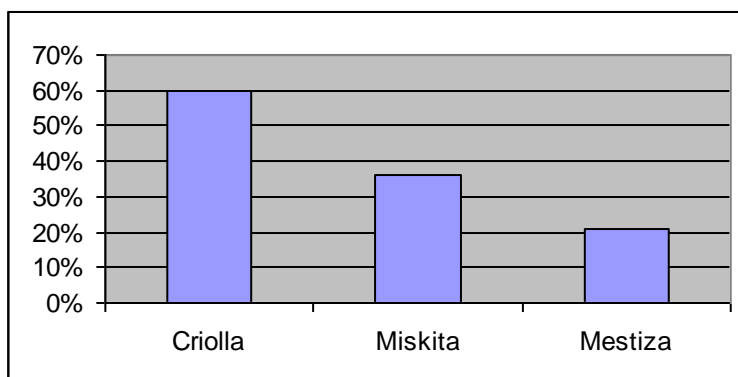
²¹⁶ Ibid 71.

15 años, 73 % de los casos de asma pertenece a este grupo de edad. (fuente: censo poblacional)

Sobre la relación entre las condiciones socioeconómicas y higiénico-sanitario de la población y la morbilidad tenemos:

Con relación a las etnias. La etnia criolla no tiene problemas de enfermedades diarreicas agudas y el 60 % refiere de no tener problemas de salud. De la etnia miskita el 36 % refiere no tener problemas de salud y el 21 % de los mestizos.

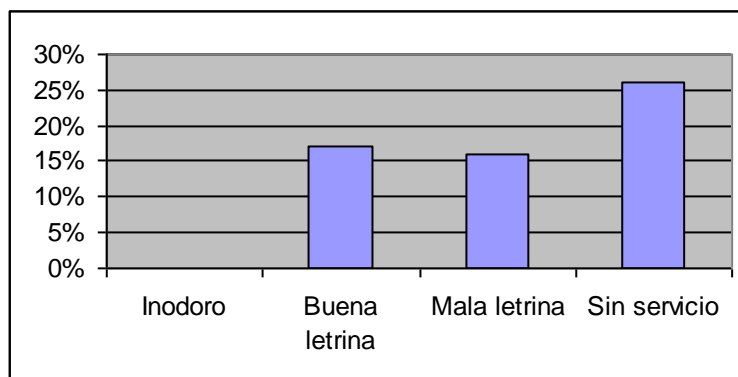
Porcentaje de las familias de las diferentes etnias “sin problemas de salud”.



Fuente: censo poblacional

Con relación a los servicios higiénicos. En el 18.6 % de las viviendas hay enfermedades diarreicas agudas, mientras en las viviendas sin inodoro y sin letrina este porcentaje es más alto: 26 %. Entre los grupos que tienen letrina en mal estado y buen estado no hay diferencia significativa en la ocurrencia de diarrea, ambos se encuentran por debajo del promedio de 18.6 % (16.1 y 17.3 % respectivamente). En las viviendas con inodoros no hay enfermedades diarreicas y 48 % de ellas refieren no tener problemas de salud.

Prevalencia de Enfermedades Diarreicas Agudas en familias según tipo de servicio higiénico.



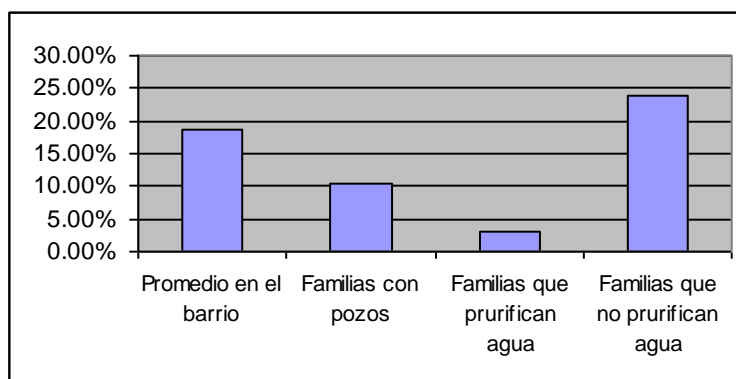
Fuente: censo poblacional

Relación entre condiciones de las viviendas y morbilidad.

- En las viviendas con 0 a 2 cuartos se enferman más, que en las viviendas con más de 2 cuartos: 65 y 56 % respectivamente.
- En el 53 % de las viviendas con 1 a 4 personas refiere no tener problemas de salud, este porcentaje disminuye gradualmente a 6% para viviendas con 13 y más personas.
- El tamaño de la vivienda y enfermedades:
 - En el 25 % de las viviendas menor de 30 metros cuadrados se dan casos de diarrea. Este porcentaje disminuye gradualmente y llega al 9 % en viviendas con espacios de 70 metros cuadrados y mayor.
 - En el 34 % de las viviendas menor de 30 metros cuadrados refieren no tener problemas de salud, este porcentaje sube gradualmente para llegar a 50 % en viviendas de 70 metros y mayor.
- El promedio de casos de diarrea es 19 %. En viviendas en mal estado hay más casos de diarrea, que en viviendas en buen estado: 22 y 16 % respectivamente.
- De las familias en viviendas en buen estado el 39 % informó de no tener problemas de salud (no se enferma), mientras de las familias con viviendas en mal estado el 30 % no tiene problemas de salud.
- En las viviendas donde se usa solamente leña para cocinar hay más infecciones respiratorias agudas, que en otras viviendas: 55 % y 44 % respectivamente.
- El 36 % de los padres de familia refirió no tener problemas de salud en su casa. En las viviendas con luz eléctrica el 38 % no tiene problemas de salud y en las viviendas sin luz eléctrica es el 28 %. De igual forma en las viviendas con televisión por cable el 43 % no tiene problemas de salud y en las viviendas sin cable es el 33 %.

En relación con el agua. El 10.5 % de los dueños de pozos tienen problemas de diarrea, 8.5 % abajo del promedio del barrio. En las viviendas donde se purifican el agua de beber, el 3% tiene problemas de diarrea o parásitos, comparado con un 24 % en las viviendas donde no purifican el agua de beber.

Prevalencia de Enfermedades Diarréicas Agudas en familias según fuente y purificación de agua potable.



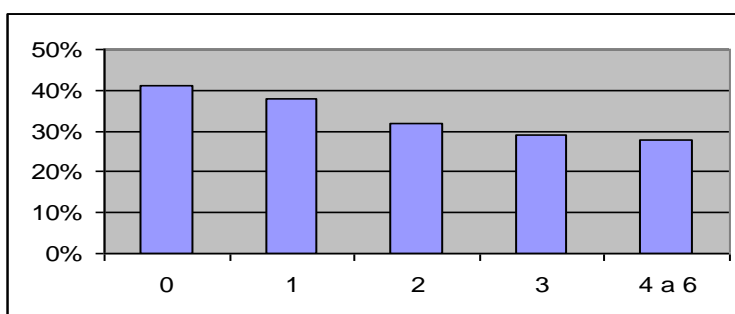
Fuente: censo poblacional

En las 27 viviendas donde no se encuentran vectores, el 44% refiere no tener problemas de salud, no se enferman.

El número de personas que asegura ingresos se relaciona de la siguiente forma con la morbilidad:

- el 41 % de las viviendas donde no hay personas que trabajan para asegurar ingresos económicos informaron de no tener problemas de salud;
- las viviendas donde una persona se encarga de los ingresos económicos, el 38 % refiere no tener problemas de salud;
- las viviendas donde dos personas se encargan de los ingresos económicos, el porcentaje es 32;
- en las viviendas donde tres personas se encargan de los ingresos económicos, el porcentaje es 29;
- y de las viviendas donde cuatro a seis personas se encargan de los ingresos económicos, el 28 % informó no tener problemas de salud.

Numero de personas que aseguran ingreso familiar por familia y porcentajes “sin problemas de salud”.



Fuente: censo poblacional

Mortalidad

Según las enfermeras asignadas al barrio, en el Cocal fallecieron tres personas durante el año 2000: una mujer de 35 años murió de cáncer y dos niños, ambos menores de un año de diarrea. (fuente: entrevista a enfermeras Centro Clínico Bilwi)

La mortalidad hospitalaria del barrio durante el año 2000 es de 6: dos recién nacidos (un varón y una mujer), ambos murieron por Insuficiencia Respiratoria; un varón de 6 meses por enfermedad diarreica aguda y desnutrición severa; dos mujeres de 75 años (politraumatismo); y un joven masculino de 27 años por shock hipovolémico. (fuente: hospital Nueva Amanecer). La tasa de mortalidad infantil en el barrio en el año 2000 fue de 56 / 1000.

Principales problemas de salud

En el “taller de priorización de problemas de salud del barrio El Cocal²¹⁷” organizado por el centro clínico Bilwi y el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario, con

²¹⁷ Instituto de medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario y Centro Clínico Bilwi. Memoria: taller de priorización de problemas de salud, barrio El Cocal. Biwli. 3 de junio 2000.

la participación de 20 dirigentes comunitarios, se llegó a la siguiente priorización de problemas:

Orden	Problema	Puntaje
1	Falta de un Puesto de Salud	14
2	Falta de buenas letrinas	8
3	Desnutrición	7
4	Falta de medicamentos	6
4	Enfermedades Diarréicas Agudas	6
6	Drogadicción	5
7	Enfermedades de Transmisión Sexual	4
8	Bajo nivel escolar	3
9	Insuficiente agua potable	2
10	Zancudos	1

Fuente: Memoria de taller de priorización de problemas de salud del barrio El Cocal, junio 2000.

Según las enfermeras que trabajan con el barrio, El Cocal es más problemático, que los demás barrios que atiende el Centro Clínico Bilwi, en el sentido de que hay mas delincuencia y problemas sociales. Entre los principales problemas de salud se encuentran la malaria, parasitosis y enfermedades de Transmisión Sexual.²¹⁸ “Hay problemas de violencia en el barrio, pleitos con vecinos y también intrafamiliar. La violencia tiene relación con el alcoholismo y con el uso de drogas. Cada día hay más jóvenes que usan droga, también hay muchos en la cárcel por actos delictivos”. Hay padres que no quieren que se vacunen sus hijos, por la reacción que tienen las vacunas.²¹⁹

Muchos de los actores comunitarios coinciden con las enfermeras:

- “La droga, el alcoholismo y los ladrones. Las diferentes enfermedades, como dengue, malaria, enfermedades diarreicas agudas”. (curandero, McDavis).
- “Hechizo, problemas vaginales, como las enfermedades de transmisión sexual, cefalea, vómito, fiebre, enfermedades de piel”. (curandera, Sandino)
- “Falta de medicamentos. El desempleo es un problema serio del barrio, esto aumenta los robos, la drogadicción, actualmente tenemos 7 expendios de droga. El desempleo desencadena violaciones, violencia intra familiar, los niños huele pega ha aumentado en este año, hasta las mujeres ya adultas se dedican a la droga. Problemas respiratorios, diarreicos, dengue, niños desnutridos, basuras, moscas, cucarachas, ratones.” (juez)
- La falta de medicamentos es uno de los mayores problemas en el barrio, aunque se haya venido trabajando ya hace mas de seis años con trabajos preventivos, el hecho es que no se puede garantizar una atención completa. (grupo focal CCB)

Como causas de estos problemas los informantes claves mencionaron:

- “Pienso que la causa principal es la pereza. Porque están ahí y no buscan como cambiar su forma de vida. Hay una falta de interés de los líderes comunales.” (partera, Benajmin)
- “Hay familias de mujeres solas, viudas, no hay hombre en la casa, no pueden construir letrinas ni pozos para tener agua limpia. Hay sectores donde se puede

²¹⁸ Ibid 25.

²¹⁹ Ibid 71.

hacer letrinas y pozos y duran muchos años, pero en la parte de abajo la tierra no es firme. (curandera, Nicho)

- La Alcaldía tiene problemas serios para poder recolectar la basura y eliminar ciertas charcas. La falta de presupuesto en el Centro de Salud y la Clínica Bilwi influyen en la falta de medicamento y en las actividades en Salud de Barrio. (juez)
- La gente llega a Bilwi, para sus hijos, para la educación de ellos. Pero los papás no tienen trabajo, hacen chamba, lucha, vive mal, no tiene buena letrina. (presidente comisión de salud)

Las enfermeras del barrio proponen para incidir en los problemas: conscientizar a la población y los líderes, tratar de organizar la población y estimular la cooperación, trabajar más de cerca con la comisión de salud del barrio. La construcción de un Puesto de salud en el barrio, la población quiere que les atendamos de allí²²⁰. Los informantes claves sugieren:

- “Coordinación, se necesita hablar con muchas instituciones entre ellas: educación, policía, comisión antidroga, delegados de gobernación y otros, para eliminar los expendios y disminuir la delincuencia del barrio, poner mano dura”. (juez)
- “mejorar las coordinaciones entre los dirigentes comunitarios, si estos están trabajando bien junto, la Clínica Bilwi puede hacer algo. Se debe visitar y hablar, primero aconsejar las familias sobre las zanjas, letrinas, higiene, pozo. Tal vez cada 15 días una charla en una Iglesia. Los que pueden eliminar los problemas somos nosotros (los comunitarios) con todas las Instituciones. No tiene que pensar solo en los medicamentos, por eso se están dando consejo del URACCAN y la Clínica, para la higiene. (presidente comisión de salud)
- Tenemos que ayudar a las mujeres explicarles como deben tener limpio a los niños, hervir el agua o clorarlas. (curandera, Nicho)

Los diferentes procesos de atención asistencial de salud.

Para conocer los procesos de atención asistencial de salud se usó principalmente métodos cualitativos, aunque también se usó información recolectada por medio del censo. Se realizaron 2 grupos focales con personal de salud del Centro Clínico Bilwi (semi privado) y el Centro de Salud Ernesto Hodgson Wright (MINSA), se realizaron 11 entrevistas a enfermeras, agentes sanitarios tradicionales y dirigentes del barrio, además se revisó una variedad de fuentes secundarias.

Agentes de salud presentes en el barrio

En el barrio hay varios curanderos, parteras empíricas, un sukia, un medico botánico con su propia clínica, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, enfermeras que atienden partos domiciliarios y un auxiliar de enfermería/hierbero²²¹. Cada agente sanitario comunal tiene su especialidad y la confianza de la población de atender adecuadamente ciertos problemas:

²²⁰ Ibid 71.

²²¹ Ibid 6.

- Porcela Sandino: resuelve casos de Grisi Siknis, fue contratada para este fin por DANIDA y el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario. Además atiende casos de Yumuh, Isigni, Latawira, Lal klawan, Biara Puski, Vómito, Yamni Kaikan, Wahwaika y otros. (ver Glosario)
- Elena Alvarado: atiende más que todo niños, atiende empacho, malos espíritus, Yumuh, quebraduras, safaduras
- Pablo McDavis: atiende más a adultos.
- Benjamin: Niños con problemas de Yabakisna y Labin (parecido a la IRA), niños con convulsiones, embarazadas con problemas, Altutuk.
- Nicho: revisa a las mujeres embarazadas y atiende partos, atiende a niños pequeños con “Yumuh”, cuando les molesta la “Sirena”, los dueños de las montañas y de las nubes, resfrío en el pecho, dolor de oído, alergias, problemas en el estómago, diarrea, cólicos, gastritis.

La gente que busca a los agentes sanitarios tradicionales es de los diferentes barrios, pero mayormente de las comunidades, de las Minas, de Bluefields y Managua. “La gente que me busca como curandera es de las comunidades y otros barrios y como partera me busca más la gente del barrio y de otros barrios. (curandera, Nicho)

Las parteras empíricas no realizan control prenatal. Las parteras – enfermeras sí revisan la hoja de control (documento resultado de los controles realizados en la Clínica Bilwi) antes de atender el parto. (grupo focal CCB)

La cantidad de pacientes que atienden los agentes sanitarios tradicionales difiere mucho por agente:

- De 15 a 20 personas. (Curandero, McDavis)
- De 6 a 7 personas al mes. (partera, Benjamin)
- De 100 a 200 al mes. (Curandera, Sandino)
- 25 a 30 pacientes al mes. (Curandera, Nicho)

Los tratamientos que prescriben los agentes sanitarios son: Plantas medicinales; las hojas, corteza, raíz o cáscara de plantas y árboles. También aplico la terapia de la acupuntura, de calentamiento, ventosa, baño de pies y la terapia de maxabustion. (curandero, Mc Davis); hojas, corteza, huesos de animales, semillas de flores, dependiendo de la enfermedad. (curandera, Sandino)

Servicios de salud que se brindan a la población

El barrio cuenta con los servicios del Centro Clínico Bilwi, el cual funciona en coordinación con el Ministerio de Salud. Brinda servicios de consulta externa especializada y los servicios de apoyo (laboratorio y farmacia), con el fin de utilizar los fondos generados para garantizar atención en salud a 4 barrios de Bilwi a través de los programas priorizados por el Ministerio de Salud.²²²

Las enfermeras del Centro Clínico Bilwi atienden a toda la población, a la gente que demanda atención, se atiende todo tipo de enfermedades (enfermera Diesen) y a los

²²² Ibid 6.

niños, mujeres embarazadas, mujeres quienes quiere planificar. (enfermeras Hoppington y Guido).

La atención que la Clínica Bilwi brinda al Barrio es (grupo focal CCB):

- Atención a las mujeres embarazadas
- Control de Niño Sano
- Planificación Familiar
- Cuando hay casos de malaria
- Pacientes con tuberculosis
- Enfermedades de Transmisión Sexual

Todas estas atenciones son gratuitas. Cuando los niños enfermos llegan a la Clínica Bilwi, les valoran las enfermeras y cuando hay necesidad, les pasan al medico del Programa a las mujeres embarazadas también. Si es necesario se pasa con el Ginecólogo. Las madres casi no llevan a sus hijos al Control de Crecimiento del Niño y en cuanto a la vacunación, solamente llevan a los niños cuando están enfermos, no asisten a las citas. Por lo tanto las enfermeras salen al barrio a darles su vacuna y hacer su control. Igual sucede con las mujeres embarazadas. (grupo focal CCB).

La población con diferentes patologías acude a la consulta externa del Centro de Salud Ernesto Hogdson (Policlínico), el cual da atención de medicina general y consulta medica especializada en las áreas básicas y acuden al Hospital Regional “Nuevo Amanecer”. El hospital cuenta con las cuatro especialidades básicas: Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia, brindando atención a los pobladores del barrio Cocal referidos por la unidad primaria o cuando el paciente acude espontáneamente al Hospital. Cuenta con una área de emergencia donde se atienden casos de urgencia y algunos pacientes que ameritan su observación.²²³

Aquí hay una enfermera, que se llama Paula Dalvez, cuando llega la gente, los inyecta y cuando llegan mujeres embarazadas ella las ayuda, pero se tiene que pagar. (anciana)

En la farmacia (privada) de la Clínica Bilwi hay muchos medicamentos, pero como Programa de los 4 Barrios no hay mucho, viene de MINSA: Acetominofen, Trimetropin Zulfa, Metrodinazol, unos 15 frasquitos o 20 frasquitos para los cuatro Barrios, eso ni para el Barrio EL Cocal solo dilata un mes. (enfermera Diesen) y plantas, homeopatía, pero más medicamentos modernos. (enfermeras Hoppington y Guido)

Las opiniones de los agentes sanitarios tradicionales sobre otros agentes de salud y las clínicas son dispersas:

- Las clínicas privadas solo quieren dinero y no atienden bien a los pacientes, muchas veces ni curan los pacientes. El personal del Ministerio de salud, porque gana muy poco, no atiende bien a los pacientes. Los centros de salud y hospitales no tienen medicamentos y los responsables del MINSA no hace nada al respecto. (curandero, McDavis)
- Pienso que aunque no trabajan bien, resuelven. Seria bueno que se hagan intercambios y si se combina con la medicina tradicional. (curandera, Sandino)
- Las personas trabajan en salud, porque ama a su comunidad y estudiaron para eso, así como nosotros que no estudiamos, pero sabemos nuestro trabajo y así ayudamos a los que necesitan. (curandera, Nicho)

²²³ Ibid 6.

Colaboración entre agentes y servicios de salud

Tres de los cuatro agentes tradicionales entrevistados tienen contacto con otros agentes sanitarios. “Bueno, nosotros nos reunimos para comenzar con otras curanderas, para conocer las plantas que nos pueden servir en nuestro trabajo y nos recordamos siempre para ayudar a los enfermos.” (Curandera, Nicho) Es importante tener contacto con otros agentes de salud, para manejar la situación regional de salud y realizar algunos trabajos coordinados (curandero, McDavis); cuando estoy atendiendo a mis pacientes a veces no sé que plantas usar, entonces busco ayuda a otros curanderos. Estoy de acuerdo cuando otros curanderos se reúnen conmigo o otras personas me invitan a dialogar, intercambiamos experiencias, muy feliz me siento en esas reuniones. (curandera, Nicho)

La curandera Porcela Sandino no tiene contacto con otros curanderos, prefiere enseñar a sus hijos y a su marido, “así evito problemas, porque mi manera de trabajar es diferente. Los otros practican otras cosas, que chocan con las mías.” (curandera, Sandino) Tampoco puede colaborar con otros agentes sanitarios.

Con los curanderos, hierberos y sukias no trabajan. Las enfermeras del Centro Clínico Bilwi han logrado observar que niños con diarrea llegan donde Doña Porcela “como si fuera una Clínica y dice que con sus remedios no necesitan ir a la clínica”, les hace baños y les da tomado. Las enfermeras nunca han participado en algún parto domiciliario. Cuando la embarazada no va al Hospital, mandan a traer a la partera y no buscan a las enfermeras, después del parto la partera manda una nota. Siempre platican con las parteras y intercambian ideas. Hay parteras que son enfermeras, si ellas no pueden atender a los pacientes, las refieren a nosotros o al hospital. Las otras parteras no refieren pacientes al Centro. (grupo focal CCB)

Con la coordinadora del trabajo de los Barrios anterior fue un choque cuando se dijo, miren hay que comenzar a ver como vamos a trabajar con los curanderos, con las parteras de los Barrios. Ella pegó el brinco, “como ellos son hechiceros, son brujos, como vamos a trabajar con ellos”. Era un tema que tenían que trabajar. Las enfermeras fueron a trabajar más con el personal del Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario y se inició el curso de homeopatía. La idea es preparar mas a las enfermeras en coordinar actividades con los agentes tradicionales. (grupo focal CCB)

Existe cierta forma de referir pacientes:

- “... y cuando yo no puedo atender un caso o les mando a otros curanderos con un mensaje para que les ayude.” (Curandera, Nicho)
- Cuando las parteras atienden los partos, ellas nos refiere lo que son los partos complicados y notifiquen a la Clínica los partos atendidos, para que la Clínica dé el seguimiento. (enfermera Diesen)

Para mejorar las relaciones y la colaboración entre los agentes de salud proponen:

- Primero necesitan organizarse bien. Segundo los agentes sanitarios tradicionales necesitan trabajar en un proyecto. Por ejemplo: un proyecto para hacer medicinas en base de flora. (curandero, McDavis)

- Tener una farmacia con medicamentos a base de plantas naturales, hojas, raíces, cáscaras de árboles, hacer intercambios y aprender mas de otros. (curandera, Nicho)
- Tratar de ubicar los curanderos y las parteras. (enfermeras Hoppington y Guido)

Donde busca atención de salud cuando está enferma la población

Según el censo poblacional el 23.9 % de la población refiere no buscar atención médica, porque no se enferma. El lugar preferido es el Centro Clínico Bilwi con 19.7 %, seguido por la clínica privada (16.8%) (ver anexo 11, tabla 25).

Por etnia:

- Las familias miskitas acuden más al Centro Clínico Bilwi y las clínicas privadas
- Las mestizas a las clínicas privadas, el Centro Clínico Bilwi y el Centro de Salud
- Y las criollas al hospital

Las familias que viven en viviendas en buen estado buscan acuden más al Centro Clínico Bilwi, que las familias de casas en mal estado: 23 y 14 % respectivamente. (fuente: censo poblacional)

Del total de 619 mujeres en edad fértil el 33.4 % (207 mujeres) usa métodos de planificación familiar. Las mujeres jóvenes entre 15 y 19 años planifican menos: el 16 % de este grupo planifica, y del grupo de 30 a 34 años planifica el 51 %. En relación con el nivel académico se ve un mayor uso de métodos anticonceptivos en el grupo de mujeres con secundaria completa: el 48 % planifica. Las mujeres casadas planifican menos que las mujeres solteras. (fuente: censo poblacional)

Sobre el uso del programa de Atención Integral a la Madre, Niñez y Adolescencia del Centro Clínico Bilwi en el año 2000, el mismo Centro informe lo siguiente:

- Consultas para mujeres: planificación familiar 162, examinación de mamas 244, y control de embarazo de alto riesgo 40.
- De los 58 partos, el 83 % (48) fueron partos hospitalarios
- Niños captados 189, recién nacidos 57

Según datos del Hospital Nuevo Amanecer hubo 51 partos hospitalarios del barrio El Cocal en el año 2000, de los cuales el 18 % (9 casos) fueron cesárea y el 65 % (33 casos) fueron partos normales. El Centro Clínico Bilwi si reportó 40 embarazos de alto riesgo.

Las enfermeras del Centro Clínico Bilwi están dividida en su opinión dónde buscan atención de salud los enfermos:

- Para comenzar buscan su medicina natural con sus curanderos, sus medicinas caseras, cuando no resulta buscan la atención en la Clínica Bilwi, Centro de Salud y Hospital. (enfermera Diesen)
- Acuden al hospital, la Clínica Bilwi y el Centro de Salud. A la Clínica Bilwi acuden con niños enfermos, mujeres, para hacer una gota gruesa (malaria) y para los otros problemas acuden al Centro de Salud. También visitan sus curanderos, pero más a la Clínica Bilwi. (enfermeras Hoppington y Guido)

Según Van Heck et al.²²⁴ la población prefiere buscar atención de salud en el hospital y con los curanderos (25% cada una de las opciones). Según los agentes sanitarios la población les busca, porqué: “los pacientes ya buscaron su cura hasta en Managua y varios hospitales y Centros de Salud, no les ayudan. Les recomiendan otras personas” (curandero, McDavis), “porque ayudemos con plantas, hojas cáscaras y otros”. (curandera, Nicho).

El juez: “Si estamos graves vamos al Hospital”.

Preferencias de la población acerca del tipo de medicamento

El 59.1 % de las familias usan fármacos y el 18.1 % fármacos y plantas (ver anexo 11, tabla 26). Entre las diferentes etnias no hay diferencias grandes en las preferencias por un cierto tipo de medicamentos. El 40 % de la etnia criolla no usa medicamentos (censo poblacional). Los informantes claves tienen diferentes opiniones sobre las preferencias de la población a cerca del tipo de medicamentos:

- Algunos prefieren las plantas no todos. (enfermera Diesen)
- Pastillas e inyecciones, si les ofrece homeopatía dicen, “que le hace a mi hija sola esta pastilla”. No confían. También usan plantas, pero prefieren pastillas e inyecciones. Porque alivia más rápido. (enfermeras Hoppington y Guido)
- La medicina natural, prefieren primero el tratamiento con hierbas, porque sino el medico los pueden matar. (curandero, McDavis)
- Pienso que la gente prefiere utilizar mas las hierbas. (partera, Benjamin)
- Las hierbas, porque las medicinas no les llegan. (curandera, Sandino)

La población acude a las farmacias para conseguir sus medicamentos en un 47.2 % (ver anexo 11, tabla 27). Un 18.4 % refiere no buscar medicamentos. La etnia mestiza acude más al Centro Clínico Bilwi, que las familias miskitas, mientras las criollas no acuden a este centro clínico para sus medicamentos (fuente: censo poblacional). Acuden a sus curanderos, sus Sukias y cuando ven que no los resuelve buscan la Medicina Occidental (enfermera Diesen). La población consigue algunos medicamentos de los diferentes programas de la Clínica Bilwi o los compra en las farmacias. La farmacia de la Clínica Bilwi dona frecuentemente medicamentos a enfermos pobres (enfermera Hoppington y Guido).

En la Clínica hay pocos medicamentos que se pueden dar gratuitamente. Mucha gente usa hierbas y remedios caseros.²²⁵ Hay pocas pastillas e inyecciones para la planificación familiar.²²⁶

Posibles soluciones para la falta de medicamentos básicos

La homeopatía es algo que se está comenzando y la gente va poco a poco aceptándola. Con apoyo de Manchester están preparando las enfermeras en Homeopatía, y según ellos el tratamiento se da para cualquier tipo de dolencia. Si se logra preparar las enfermeras y que la gente lo acepte, se puede así incidir en el

²²⁴ Ibid 6.

²²⁵ Ibid 71.

²²⁶ Ibid 71.

problema de la falta de medicamentos. Las mujeres que hacen examen bioenergético quedaron fascinados, me dijeron que se han dado cuenta que cuando vos combinas la bioenergética con la homeopatía, santo remedio dicen ellas. (grupo focal CCB)

Los informantes claves tienen las siguientes propuestas para incidir en la falta de medicamentos básicos:

- Capacitar más a los líderes y promotores de forma integral. Que los líderes haga huertos comunales con una variedad de plantas medicinales. Que se instale farmacias comunales botánicas. Que el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitaria con una buena secadora comience a procesar las plantas medicinales. (Curandero, Mc Davis)
- Aplicar remedios caseros y tratamiento homeopático. (partera, Benjamin)
- Capacitando en lo que respeta a la medicina tradicional. (curandera, Sandino)
- Tener medicina a base de planta natural, podemos tener como una farmacia una casa, por si llega una emergencia podemos ayudar. (curandera, Nicho)
- Hablar con el área (MINSA), que abastece mas a la Clínica Bilwi (enfermeras, Hoppington y Guido)
- Escribir proyectos y pedir ayuda del extranjero. (anciana) Contactar otros organismos que puedan ayudarnos, tal vez Cruz Roja, TESIS, Comisión Antidroga, Alcaldía, Movimientos Comunales. (juez)
- Compartir conocimientos sobre las plantas. (presidente comisión de salud)

También proponen brindar atención integral, explicando a los pacientes y sus familiares como prevenir las enfermedades, hacer promoción de hábitos sanos, (“aconsejar la gente, para que mantengan sus casas y patios limpios”). Mejorar los pozos y construir letrinas, mejorar los hábitos de nutrición y eliminar criaderos de zancudos. (fuente: entrevistas informantes claves)

Los resultados de las actividades relacionadas a la salud de los diferentes actores sociales y comunitarios.

Para conocer los resultados de las actividades relacionadas a la salud de los diferentes actores sociales y comunitarios se usó métodos cualitativos únicamente. Se realizaron 2 grupos focales con personal de salud del Centro Clínico Bilwi (semi privado) y el Centro de Salud Ernesto Hogdson Wright (MINSA), se realizaron 11 entrevistas a enfermeras, agentes sanitarios tradicionales y dirigentes del barrio, además se revisó una variedad de fuentes secundarias, como datos estadísticos, entrevistas y estudios sobre el barrio anteriormente realizados y memorias de actividades realizadas en el barrio.

Actores sociales

Actores sociales relevantes del barrio:

- | | |
|-----------------------|----------------|
| ✓ Juez | ✓ Curanderos |
| ✓ Comisión de Salud | ✓ Parteras |
| ✓ Consejo de ancianos | ✓ Enfermeras |
| ✓ Iglesia Adventista | ✓ Médicos |
| ✓ Iglesia Maranata | ✓ Segundo Juez |

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| ✓ Iglesia Morava | ✓ Policía civil |
| ✓ Iglesia Católica | ✓ Promotores |
| ✓ Jóvenes Moravos (AJECIM) | ✓ Comisión de terreno |
| ✓ Las Brigadistas | |

Fuente: memoria de taller de priorización de problemas, barrio El Cocal, mayo 2000

Autoridades del barrio y su función en el barrio²²⁷:

1. El Juez, como máxima autoridad ejecutiva del barrio; su misión es resolver los problemas (interfamiliares) en el barrio. "Ver los problemas del Barrio. Coordinación con las autoridades tales como: policía, salud, educación". (entrevista juez)
2. El segundo juez, es el ayudante del juez
3. Diez policías civiles, mantener el orden, vigilar en las noches y capturar ladrones
4. Una comisión de terreno, encargado de resolver disputas sobre límites de terreno
5. Las iglesias Morava, Maranata, Adventista y Católica, sus pastores y organizaciones religiosas, como las organizaciones de jóvenes, ancianos y mujeres de cada religión. Entre otros tienen como misión llevar la palabra de Dios a la gente, guiar a sus feligreses, ayudar enfermos, pobres y viudos.
6. La directora de la escuela Irma Cajina, encargada de asegurar la educación formal primaria en su centro
7. El director del centro escolar autónomo costeño
8. El consejo de ancianos, que existe de 4 miembros y que es la instancia que asesora en la solución de problemas en el barrio. "Velar por los problemas de terreno, problemas de los vecinos y platicar con ellos para llegar a un acuerdo". (entrevista anciano) "Trabajo ayudando a la gente en cualquier cosa, antes cocinaba para la comunidad infantil." (entrevista anciana)
9. La Comisión de Salud compuesta de 5 personas (solo dos activas), la cual se encarga de vigilar el estado higiénico sanitario de la población, identifica problemas de salud ambiental y apoya en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud del barrio.²²⁸ "Velar por el Barrio, estudiar los problemas de salud del Barrio, ayudar en la organización e implementación de actividades y proyectos. Informar, invitar y coordinar con autoridades y organismos." (entrevista presidente comisión de salud) Cuando hay problemas en el Barrio la Comisión de Salud nos lo notifica para que vayamos a ver el problema, para ver que se hace con el problema si es con algún paciente. (grupo focal CCB)
10. Las Brigadistas apoyan en la Jornada de Vacunación y de limpieza. No, son participativa, son como 15, pero siempre tienen algo que hacer. (grupo focal CCB)

Instituciones y organismos relevantes:

- | | |
|--|----------------------------|
| ✓ Centro Clínico Bilwi | ✓ AMICA |
| ✓ Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario | ✓ MIFAM |
| ✓ Comisión de Salud CRA | ✓ PMA |
| ✓ Colegio Irma Cajina | ✓ Colegio Autónomo Costeño |
| ✓ Comisión de Lucha Contra SIDA | ✓ Cruz Roja |
| ✓ Comisión AntiDroga | ✓ Alcaldía |
| ✓ Centro De Salud EHW (Malaria, Barrios, Higiene, Nutricionista) | ✓ IPADE |
| ✓ TESIS | ✓ CANTERA |
| | ✓ ENACAL |
| | ✓ Nidia White |

²²⁷ Ibid 73.

²²⁸ Ibid 6.

- | | |
|-----------|-------------------------------------|
| ✓ GVC | ✓ SILAIS, programa ETS |
| ✓ MECD | ✓ Secretaría de salud del GRA |
| ✓ ALFALIT | ✓ Policía nacional |
| ✓ AA | ✓ Comisión de mujer y niñez del CRA |
| ✓ CEDEHCA | ✓ Procuraduría |

Fuente: memoria de taller de priorización de problemas, barrio El Cocal, mayo 2000

La atención de salud del Barrio Cocal esta bajo la responsabilidad de la Clínica Bilwi en coordinación con el Centro Salud (grupo focal Centro de Salud EHW) El enfoque del Modelo de Atención es en la prevención. Una mamá no ve la importancia de agarrar su niño sano y llevarlo para que lo midan y que lo pesen. Dijimos que si las mamás no llegan, las enfermeras deben tener su pesa y deben ir al niño y atenderle en su casa. (grupo focal CCB). Si un habitante llega a la Clínica cualquiera de las enfermeras del programa atiende a la persona²²⁹. Las normas del Ministerio son manejadas de igual forma en los dos centros. (grupo focal Centro de Salud EHW)

Hay necesidad de incidir en el papel de la enfermera como una facilitadora en el proceso, porque las enfermeras no están preparadas para una atención preventiva integral, ser una facilitadora, para apoyar a la gente a resolver sus problemas. (grupo focal CCB)

La responsabilidad en salud debe ser compartida:

- Tienen que ser los pobladores, ellos son los afectados si ellos no se preocupan la gente de afuera no le va a venir a resolver los problemas de su casa. Cada quien tiene que velar por el bienestar de su casa, de su Barrio. (enfermera, Diesen)
- Las enfermeras del barrio, la Alcaldía Municipal, la población, la Comisión AntiDroga, la Comisión de Lucha Contra el SIDA/ETS son los que tiene que ver por la salud en el Barrio. (enfermeras, Hoppington, Guido)

La Clínica esta a la disposición de capacitar, dar conocimiento a la población y atender gratuitamente, tiene personal, homeopatía, algunos medicamentos básicos, siempre han ofrecido lo que tiene a la población. (enfermera, Diesen) En los talleres, muchas instrucciones promete aportar con lo que pide la población, pero después no cumple. Hay que recordar a la Alcaldía que cumpla con su deber de recoger la basura. (enfermeras Hoppington y Guido)

Actividades de salud que se realizan en el barrio

Sobre las actividades que se realizan:

- Realizamos actividades, como la limpieza del barrio, vamos a construir un puesto de salud, la medicación masiva para la malaria, vacunación Canina, Cloración de agua para tomar. (juez)
- La Clínica Bilwi tiene en el barrio un programa de atención primaria en base a los programas priorizados por el sistema de salud. Dio inicio a un programa de Homeopatía. Tiene un proyecto de construcción de 20 pozos de mecate, ha hecho jornadas de limpieza en el Barrio El Cocal con G.V.C., Alcaldía. (enfermera Diesen); realiza visitas domiciliarias, Control de Crecimiento y Desarrollo de niños, Control PreNatal, charlas domiciliarias, vacunación, captación y seguimiento a pacientes con

²²⁹ Ibid 70.

TB y talleres. Los temas de los talleres y charlas, que realizan las enfermeras incluyen Planificación familiar, Dengue, Tuberculosis, higiene, diarrea, dengue, ETS, plan familiar. (enfermeras Hoppington y Guido)

- TESIS trabaja con adolescentes, drogadictos, niños de la calle, niños trabajadores, enseñan ebanistería, realizan actividades de promoción
- AJECIM trabaja con jóvenes Moravos
- AMICA (movimiento de mujeres indígenas) brinda ayuda económica o material en caso de fallecidos de familia pobres.
- G.V.C., un organismo italiano, promueve acciones saludables, impulsan jornadas de limpieza y las escuelas saludables.
- Comisión AntiDroga capacita sobre el uso indebido de drogas, promueve juegos deportivos y competencias sanas entre jóvenes y colegios, tiene un grupo de promotores
- Comisión de Lucha Contra el SIDA/ETS, realiza talleres sobre SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual y promueve medidas preventivas en contra del SIDA. Tiene puestos de condones y tiene sus Consejeros Voluntarios.
- El Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario, ofrece alternativas de tecnología apropiada, coordina actividades con los agentes sanitarios tradicionales y realiza una Investigación de Acción Participativa en el barrio para definir un modelo de atención propio del barrio; realiza talleres y reuniones sobre organización comunitaria y promoción de salud.

Hay varias actividades, que se realizan entre varios organismos e instituciones, por ejemplo:

- La ultima jornada de limpieza fue organizado y ejecutado entre G.V.C., el Centro Clínico Bilwi, la Alcaldía Municipal, la Comisión de Salud del barrio y jóvenes del barrio.
- La Investigación de Acción Participativa es impulsado por el Centro Clínico Bilwi y el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario en conjunto. Además en muchas actividades de la IAP participan varios organismos, instituciones y dirigentes comunitarios.

Cada año el Centro Clínico Bilwi realiza un censo poblacional del barrio. La información del censo la utiliza el Centro para la planificación del trabajo. Recogimos listas de los niños inasistentes y les visitamos. Allí captamos a los pacientes, que tienen problemas y no llegan, porque piensan que se cobra en la Clínica. El trabajo de terreno en el Barrio es integral, allí es donde se ven las condiciones de la limpieza de los patios, las condiciones de las fuentes de agua, las condiciones de las letrinas y aprovechan para ir dando charlas según los problemas que vas encontrando. Durante las visitas domiciliarias se da seguimiento a de pacientes con Tuberculosis y sus familiares. (grupo focal CCB)

Coordinación

Los actores comunitarios trabajan con:

- El Gobierno, el Ejército, la policía, la Alcaldía municipal, con la Clínica Bilwi y el Centro de Salud, con el MECD y los pobladores del barrio. (juez)
- Diango (el vicepresidente de la Comisión de Salud), el Juez, con el Barrio, con la Comisión de Terreno y otras personas también. (presidente de comisión de salud)

- El Juez, con la gente del Barrio, con el Consejo de Ancianos, con la gente cristiana. (anciano)

Existe una buena coordinación entre el Centro de Salud y el Centro Clínico Bilwi. Los programas son evaluados conjuntamente. El Centro Clínico Bilwi manda mensualmente sus informes al Centro de Salud y del MINSA recibe medicamentos para la atención de los programas.²³⁰ Algunos pacientes con TB no llegan a la Clínica Bilwi, porque piensan que se cobra por la atención de los programas y van al Centro de salud. El personal del Centro de Salud les refiere a la Clínica para su seguimiento.²³¹ La Clínica Bilwi tiene dos recursos humanos pagados por el Ministerio de Salud. (grupo focal centro de salud EHW) El departamento de CEMA del Centro de Salud reporta los casos de malaria al Centro Clínico Bilwi y las enfermeras del barrio les dan seguimiento. El centro de salud manda los niños al Bilwi para sus controles. En caso que el médico del Centro Clínico Bilwi no esta, las enfermeras refieren los pacientes al Centro de Salud.²³²

Existen ciertas dificultades entre CEMA y la Clínica Bilwi en especial en la toma de gota gruesa en la Clínica se reporta los cargos positivos, pero no se los llevan al Centro de Salud para hacer un control de calidad tal como debe. También hay ciertas dificultades relacionadas a las fumigaciones y medicación masiva. Se programan en coordinación con la Clínica Bilwi, pero a veces no se ejecutan por falta de dinero. (grupo focal centro de salud EHW)

Con Kenly, el promotor de la Comisión AntiDroga no coordinan las enfermeras, sin embargo se conoce bien y platican cuando se encuentran. (enfermeras Hoppington y Guido)

La coordinación entre las instituciones y organismos es en dependencia de los propios intereses. Si no le pones el interés en el trabajo de la otra persona no funciona la coordinación y eso es lo que pasa con todas las instancias que hemos querido coordinar. La gente dice que sí, pero a la hora de la hora tienen que hacer otra cosa. Cuando vos necesitas que se reúnan todos en conjunto a una cuestión es difícil, choca con otro interés. El problema muchas veces un instituto, una sola organización no puede resolver los problemas. (grupo focal CCB)

Si estoy enterada del gran esfuerzo que ha hecho GVC en dicho barrio, extrayendo desechos sólidos en gran cantidad, pero si se llevan a cabo estas actividades de manera sistemática pienso de que si se estuviese brindando una atención adecuada de salud al Barrio. (grupo focal Centro de Salud EHW)

Con quienes se deberá trabajar, para resolver los problemas de salud en el barrio:

- Los Sukias, parteras, curanderas, y los trabajadores de la salud. (juez)
- Con Instituto de Medicina Tradicional y la Clínica Bilwi. (anciana)
- Toda la comunidad (partera, Benjamin)
- Centro de Salud, el Juez. (curandera, Sandino)
- La gente del Barrio, como los líderes, enfermeras, responsables de la Clínica Bilwi, la gente de la Comisión del SIDA y de la Medicina Tradicional. (curandera, Nicho)

²³⁰ Ibid 6.

²³¹ Ibid 71.

²³² Ibid 71.

Para mejorar las relaciones y la colaboración entre los actores sociales relevantes:

- Cada institución que trabaje en este Barrio, que se coordina. Saber de cada quien que hace en el Barrio, para ver que se necesita por hacer. (enfermera Diesen)
- Cada quien que cumple con sus responsabilidades. (enfermeras Hoppington y Guido)
- Primero buscar un buen líder. Identificar organismos que deseen ayudar al Barrio. (reverendo iglesia morava)
- Es importante capacitar a los dirigentes sobre como resolver los problemas, como vivir más sano. Escribir proyectos, informar al gobierno y la Alcaldía, sobre los problemas que hay. (presidente comisión de salud)
- Organizar a los líderes, que tengan iniciativa y demuestran responsabilidad. (curandero, McDavis)

Participación social

Juntos con las enfermeras de los otros tres barrios que atiende el Centro Clínico Bilwi se organizan talleres para los habitantes de los barrios. En estos talleres participan alrededor de 25 a 30 personas, solo uno o dos de los participantes son hombres,²³³ del barrio El Cocal, que es el barrio más grande y llegan muy pocos. Dicen que se le olvidó, que el marido llegó del mar y no la dejó salir. (grupo focal CCB)

Durante la Jornada de Limpieza la gente participa muy poco, participa para ir a vacunar sus niños solamente. Dicen que no hay tiempo, que hay muchos ladrones y por eso no pueden dejar sus casas. Tampoco ponen importancia a las charlas sobre limpiezas. Asisten a las reuniones se comprometen, como paso el caso de la escuela, se habían comprometido a apoyar a construir las letrinas, pero después no cumplieron, porque las letrinas fueron financiadas por un proyecto y los proyectos tienen reales para pagar mano de obra. (grupo focal CCB)

En los talleres y reuniones organizados por el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario y el Centro Clínico Bilwi participaron a veces más de 40 personas, entre dirigentes comunitarios y representantes de instituciones y organismos. Actualmente se realizan talleres y reuniones con los dirigentes y son mucho menos que participan, a veces solo llegan 4 o 5.

Hay más mujeres que usen anticonceptivos, pero el numero de nacimiento se mantiene casi. Es que entran embarazadas de las comunidades, quienes vienen a parir en el Barrio. (enfermera, Diesen)

La población tiene interés en que le ayudemos, por ejemplo: su letrina esta mal que la mejoremos, que demos materiales. (enfermeras, Hoppington y Guido)

Como sugerencias para mejorar la participación social proponen:

- Tratar organizar grupos de jóvenes para hablar con la gente. Capacitar un grupo de promotores que explica a la gente porque es importante limpiar el barrio, de donde vienen las enfermedades. A través de estos promotores se puede conocer que problemas hay en el barrio. (presidente comisión de salud)

²³³ Ibid 71.

- Formar grupos de 10 personas que viven en un sector que se unan, organizan, consiguen machetes, palas, rastrillos, etc. Que participan los del MINSA, la iglesia, la policía civil y cobrar multa y sancionar. Los dirigentes que participan, que den el ejemplo, no vienen solo a supervisar. Este trabajo que sea continuo. (curandero, McDavis)

Resultados de las actividades

La situación higiénico-sanitario es igual como hace cinco años, en los otros barrios la gente es más activa, parece que no tiene interés.²³⁴

Retomando la situación higiénico sanitario, descrito en objetivo 1, se puede destacar los siguientes resultados:

- En los últimos seis años se ve una disminución 32.5 % en viviendas sin fuente de agua, hay un aumento de 34 % en las viviendas con conexión a la red de ENACAL.
- En 9.2 % de las viviendas se purifica el agua para beber.
- Aunque hubo un aumento de 15 % en las viviendas con servicio higiénico en buen estado en el periodo 94 a 98, este aumento se ha convertido en una disminución de 18 % en los últimos dos años.
- No hay cambio significativo en la limpieza de patios domésticos.

Se hicieron 18 pozos con brocal de concreto con bomba, 2 pozos con brocal de madera con bomba, aumento de mujeres que planifican. (enfermeras Hoppington y Diesen) Se incide sobre todo en las enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias, Enfermedades de Transmisión Sexual, dengue, malaria y Tuberculosis. Tanto la Clínica Bilwi como el Centro de salud priorizan el programa Materno Infantil y a veces dejamos a un lado los otros programas. (grupo focal centro de salud EHW)

“La malaria y el dengue han disminuido, por la fumigación constante del Barrio y la medicación contra la malaria, pero la diarrea y los problemas respiratorios han aumentado.” (juez) Hay un gran cambio en lo que concierne a la malaria y al dengue porque en los años anteriores era uno de los Barrios más afectados por esas enfermedades, pero en este año han disminuido su incidencia, habiendo rechazo en la medicación masiva, pero se da por falta de persuasión por el personal de salud de ambos Centros. Se debe haber brindado charlas educativas. (grupo focal centro de salud EHW)

La gente asisten mas a la vacunación, hay mas controles realizados. Es 6 meses de que dos enfermeras están trabajando en el Barrio, se superó la cobertura. (grupo focal CCB)

Se debe tener en cuenta el recurso económico disponible para enfrentar los problemas sobre todo en el abastecimiento de medicamentos el cual es deficiente. No han tenido suficiente para dar cobertura a los diferentes problemas. (grupo focal centro de salud EHW)

²³⁴ Ibid 70.

Un problema que afecta el Barrio es la violencia intrafamiliar, pero el MINSA no toma en cuenta este problema. Vienen al Centro de Salud a pasar consulta por golpes recibidos de los maridos o compañeros. Como consecuencia de esto muchas madres dan maltrato a sus hijos. Como podes incidir en la violencia intrafamiliar, el alcoholismo, la drogadicción, la pobreza y la desnutrición, los trabajadores del MINSA pueden realizar educación, pero a estos problemas no es el MINSA el cual de respuesta, sino el Gobierno con el resto de Instituciones coordinados. (grupo focal centro de salud EHW)

Sugerencias cómo se puede mejorar la incidencia en los problemas de salud:

- Es necesario seguir fortaleciendo la organización del Barrio. Que personal del Centro de Salud participe en las diferentes actividades. (grupo focal centro de salud EHW)
- Es mejor visitar e invitar las Instituciones para ver como está organizado el Barrio, con sus parteras, Comisión de Salud, Comisión de Barrio y Reverendos y todos, para saber que pasa en el Barrio. (presidente comisión de salud)
- Que los lideres comunales exijan y dirijan. (curandero, McDavis)
- Que invitan casa por casa, con los adultos, que invitan por radio y expliquen la importancia de participar en las actividades y unirse. Que cobran multa la policía. (curandera, Sandino)
- Se puede hacer un trabajo mejor reuniéndose todos en conjunto, Clínica, Medicina Tradicional, las enfermeras, la Comisión y la gente del Barrio, sentarse, dialogar y caminar para ver la condición en que se encuentra el Barrio y conscientizar a las familias. (curandera, Nicho)

IX. Discusión de resultados

Las características de los pobladores del barrio.

Características demográficas

El barrio El Cocal ubicado en el Noreste de la ciudad de Bilwi es el barrio más antiguo de los 24 barrios de esta ciudad. Es uno de los barrios más grandes de Bilwi, cuenta con 2,449 habitantes, lo que corresponde a casi el diez por ciento de la población de la ciudad.

La población femenina predomina en el barrio, al igual en el resto del área urbana, como en el área rural del Municipio de Puerto Cabezas y en la Región Autónoma del Atlántico Norte.

El Cocal igual como el Municipio de Puerto Cabezas tiene una población joven: alrededor del 60 % es menor de 20 años y casi la mitad de la población es menor de 15 años. La población en edad laboral es la minoría, junto con la tasa de desempleo elevado y ingresos bajos influye en la pobreza de la población, los problemas sociales y los problemas de salud.

La mitad de la población femenina corresponde a las de Mujeres en Edad Fértil (15 a 49 años). El grupo etario de 15 y 19 años de la población femenina planifican poco, que influye en el número grande de mujeres jóvenes embarazadas y la juventud de la población.

El barrio existía como comunidad miskita llamada Bilwi antes de la creación de la ciudad de Puerto Cabezas en 1929. El origen miskita de la comunidad se refleja todavía en la composición étnica del barrio con una predominancia fuerte de la etnia miskita. El porcentaje de los mikitos es más elevado que el área urbana, el rural del Municipio de Puerto Cabezas y por cierto influye en la existencia de la estructura organizacional miskita tradicional en el barrio (ver también más adelante).

La razón de personas por vivienda es de 6.43, en las familias miskitas el hacinamiento es más que en las otras etnias, eso puede estar relacionado con la movilidad de este grupo a su comunidad de origen y de vuelta. Este dato está por debajo de los 7.6 habitantes por vivienda en la ciudad de Bilwi en general, para 1999.

La tasa de crecimiento poblacional en el Barrio en los últimos 5.5 años es de 3.6 % por año, por debajo de la tasa de crecimiento anual de 6.0 en el municipio de Puerto Cabezas y en la RAAN (4.5) y por encima de la misma tasa en el país (2.7²³⁵). Hay una inmigración del Pacífico a la Región y el Municipio de Puerto Cabezas. Una parte significativa de la tasa de crecimiento poblacional del barrio también es debido a la inmigración, que influye en las relaciones sociales (ver más adelante).

²³⁵ Según el PNUD. Proyecto Informe de Desarrollo Humano. El Desarrollo Humano en Nicaragua 2000. Equidad para superar la vulnerabilidad. Managua, Nicaragua. 2000.

Situación económica

“La gente hace chambas en el Muelle, hay albañiles, la mayoría no tiene trabajo fijo, son pobres, en las comunidades viven mejor.” “La gente en el barrio es pobre, quiere trabajar, pero muchos no tiene empleo fijo, solo chambean”²³⁶.

La mayoría de la población depende, directa o indirectamente, de la economía de subsistencia basada en el empleo de trabajo familiar y el control sobre algunos medios de producción como la tierra y los instrumentos de pesca. Las principales actividades económicas son la pesca, venta de pan, leña y productos agrícolas. Hay un pequeño grupo de personas vinculadas a la burocracia estatal y personal de servicio. El trabajo asalariado y el comercio son fuentes de ingreso adicional. Los miskitos que trabajan fuera de la comunidad mantienen los vínculos de parentesco y de sus ingresos envían remesas a sus familiares²³⁷. Menos de uno por cinco personas en el barrio realiza actividades para asegurar ingresos económicos, este dato es más bajo dentro de la etnia miskita, quienes dependen más de sus familiares afuera de la comunidad.

La relación entre la población en edad laboral y en edad no-laboral es 90 %. En una quinta parte de las viviendas nadie trabaja para asegurar los ingresos familiares. Estas familias reciben pensión, productos que mandan los familiares en las comunidades, de los cuales venden parte en el mercado. Otros reciben dinero de familiares en los Estados Unidos. “Yo tengo un hijo en los Estados Unidos que me manda mensualmente dinero, de eso vivo. Hay varias personas en el barrio que ganan su dinero con el tráfico de cocaína, son los dueños de las pulperías grandes”.²³⁸

La mayoría de la población en edad laboral se considera sin profesión. Muchas familias son de origen agricultores, que no se considera como profesión, porque no han estudiado. Entre las profesiones más mencionados predomina profesiones empíricas (el nivel académico de la población es bajo), como marinero, domestica, albañil, comerciante y carpintero.

Una cuarta parte de la población vive en espacios por debajo de la norma del Ministerio de Transporte e Infraestructura de 4.0 metros cuadrados por persona y solamente unas familias viven conforme la norma de la Organización de las Naciones Unidas de 12 metros cuadrados por persona. La tercera parte de las viviendas se encuentra en mal estado y una cuarta parte no tiene divisiones internas. Una quinta parte de la población cocina con leña adentro de la vivienda. Se puede concluir que una parte considerable de la población vive en condiciones desfavorables para su salud y favorable para la transmisión de enfermedades, en especial las respiratorias. La etnia miskita vive en condiciones más pobres que las otras etnias.

Hay un aumento de 10 por ciento en las viviendas con luz eléctrica en comparación del año 1999. La etnia miskita también es la etnia más pobre en relación con las conexiones a luz y televisor por cable.

²³⁶ Ibid 6.

²³⁷ Ibid 6.

²³⁸ Ibid 6.

La situación económica débil de la gran mayoría de las familias del barrio influye negativamente en la situación social y por ende en el estado nutricional y de salud de las mismas.

Situación social

Aunque El Cocal existe como comunidad miskita llamada Bilwi desde finales del siglo 18 o principios del siglo 19, una pequeña parte de las familias son originarias del barrio, y una tercera parte vive menos de 11 años en el barrio. La inmigración hacia el barrio tiene su efecto negativo en lo que es la unión entre la población del barrio. “Se perdió la comunidad, había más unión, confianza y más hermanamiento, esta unidad se ha perdido.”²³⁹ “En el Barrio la gente no es tan solidaria como antes.”

El barrio Cocal es probablemente uno de los barrios con más problemas sociales de Bilwi²⁴⁰: “De todas las comunidades que he visitado y donde he vivido, este es el barrio más conflictivo, problemático. Hay mucha delincuencia. Es tan grave este comportamiento, que a la Iglesia en ciertas ocasiones le han robado sus pertenencias.” Por el rápido crecimiento se está perdiendo el sentido de la comunidad y el control social, este junto con la pobreza y la mentalidad conflictiva causa un aumento de los problemas sociales, como el alcoholismo, la violencia, la drogadicción, la delincuencia y otros. El Centro del barrio es el más conflictivo: “La gente en el barrio Cocal (central) es muy dura (terca), toma mucho guaro, usa droga, la gente de Punta Fría es diferente, en Punta Fría hay menos pleitos y robos.” “El área más conflictiva es la calle principal, Punta Fría es más tranquila.”

El nivel académico de la población del barrio es bajo, una tercera parte de los niños de 4 a 10 años no asiste al colegio. El nivel escolar de las mujeres es más bajo que el nivel escolar de los hombres. El nivel escolar tiene influencia en la salud, como por ejemplo en el uso de los métodos de planificación familiar, que se ve más en las mujeres con secundaria, que en las otros grupos de mujeres. Las mujeres casadas planifican menos que las mujeres solteras, probablemente por el hecho que muchos hombres no quieren que las mujeres planifiquen.

La religión predominante es la Morava, seguido por la católica y la evangélica. La religión morava predomina entre las familias miskitas, y la mayoría de los mestizos pertenece a la religión católica. La situación religiosa del barrio es parecida al resto de la región.

Las condiciones y recursos fundamentales para la salud son la paz, el cobijo, la educación, los alimentos, los ingresos, un ecosistema estable, unos recursos mantenibles, la justicia social y la equidad. Muchas familias en el barrio El Cocal carecen de estas condiciones y recursos fundamentales y por no tener un buen estado de salud, carece de uno de los principales medios para desarrollarse social, económica y personalmente, así como una dimensión importante de la calidad de vida.

Tanto por la situación económica preocupante y una situación social insegura, la población del barrio no puede ejercer su derecho a la salud.

²³⁹ Ibid 6.

²⁴⁰ Ibid 6.

Organización comunitaria

En dos barrios en la ciudad de Bilwi existe la estructura organizativa tradicional miskita: El Muelle y El Cocal. El origen del barrio El Cocal, como comunidad miskita, y la predominancia fuerte de la etnia miskita, influyen en la existencia de la estructura organizativa miskita tradicional en este barrio. El hecho que El Cocal es una comunidad urbana influye negativamente en el funcionamiento de la misma organización, porque tanto las relaciones sociales y económicas de la población son más fuertes con familiares e institutos afuera de la comunidad, que las relaciones internas a la comunidad. También, el hecho que solo un pequeño porcentaje de la población tiene su origen en el barrio, influye negativamente en el funcionamiento de la organización comunitaria.

El débil funcionamiento de la estructura organizativa se expresa en las pocas reuniones que se llevan a cabo (no hay fechas fijas para reuniones), la ausencia de varios dirigentes en reuniones y actividades sociales, las quejas serias de los diferentes dirigentes sobre otros dirigentes, la poca participación de la población en la asamblea comunitaria, entre otros.

Las formas de organización del trabajo - cooperación por medio de la ayuda mutua -, vinculadas a una dinámica en organización de parentesco y afinidad, van cediendo paulatinamente a favor del trabajo asalariado o de la familia nuclear. No obstante, las formas organizativas de convivencia social de la comunidad, así como la acción colectiva ligada a distantes actividades religiosas, están vigentes. Esta diferenciación es importante, ya que parte de la cultura étnica se moviliza en una serie de reciprocidades y lealtades, articuladas al conocimiento y a la practica religiosa.²⁴¹ Se refleja en la presencia de 2 iglesias moravas en el barrio (en el centro y en Punta Fría, ver croquis) y tres iglesias de otras religiones. También se refleje en las actividades que se realiza para la iglesia y con grupos religiosos. “Los únicos patios en el barrio que permanecen siempre limpios pertenecen a las iglesias”. La participación social en actividades religiosas y de las diferentes iglesias es mucho mayor que la participación en otras actividades sociales y de salud. Los pastores de las diferentes iglesias normalmente también juegan un papel importante en las comunidades miskitas, especialmente el pastor de la iglesia morava, que en la mayoría de las comunidades miskitas, como también en el barrio Cocal, es la iglesia más grande.²⁴²

El juez es electo en asamblea comunal, sin estipular periodo de mandato; sin embargo, su permanencia es acorde al interés mostrado para regular socialmente a lo interno de la comunidad y poder representar sus intereses al exterior²⁴³. La población reconoce al juez como autoridad máxima del barrio²⁴⁴, aunque hay serios quejas de su funcionamiento e interés en su trabajo.

A finales de 1998 los líderes del barrio fueron solamente hombres, actualmente hay una mujer quien dirige la comisión de terreno y otra es miembro del consejo de ancianos.

²⁴¹ Ibid 46.

²⁴² Ibid 6.

²⁴³ Ibid 46.

²⁴⁴ Ibid 6.

Las dos son relativamente activa en comparación de sus colegas masculinos. Todos los dirigentes comunitarios son de la etnia miskita.

Situación higiénico sanitario

El estado de salud de una persona o de una población en un momento dado es el resultado de la acción de diferentes factores en momentos diferentes. Los factores biológicos y ambientales y los relacionados con el estilo de vida intervienen como condicionantes, probablemente en el mismo orden en que han sido nombrados. Es preciso también remarcar las interrelaciones posibles entre estos factores.²⁴⁵ La situación higiénico sanitario del barrio esta condicionado tanto por los aspectos ambientales, como por las acciones de la población (estilo de vida).

Según los datos sobre las fuentes de agua hay un aparente aumento en la accesibilidad del agua, una tercera parte de la población tiene una “conexión a ENACAL compartida”. Tanto la calidad y cantidad de agua tanto de pozos, como de ENACAL son pobres, además el servicio de ENACAL es irregular, a veces no llega un día, otro día llega poco agua, aunque en algunos puntos del barrio llega diario. El agua tampoco es apta para el consumo humano, a veces llega con concentración de cloro demasiado alta, a veces no tiene suficiente cloro. Mientras un porcentaje alto de los pozos tiene protección, otras están completamente abiertos y muchas veces los pozos se contaminan usando baldes y mecates contaminados.

La pobre calidad del agua tiene relación con el manejo y mantenimiento inadecuado, como también la ubicación inapropiada de las fuentes (pozos) y la manipulación del agua misma. Hubo un mejoramiento de los pozos y por lo tanto la calidad de agua, también gracias a un proyecto de rehabilitación de pozos con la introducción de la bomba de mecate y mejoramiento de los brocales (de concreto). Lamentablemente la rehabilitación de los pozos no fue acompañada con una transferencia amplia de conocimiento sobre el manejo y mantenimiento de los pozos y las bombas, por lo tanto, probablemente, la vida útil de la tecnología será corta y de provecho a corto plazo solamente.

Las familias con pozos purifican más el agua (aunque el porcentaje sigue bajo) y hay menos diarrea, que en las casas con agua de ENACAL. Parece que los dueños de pozos en general son conscientes de la importancia de un buen manejo de agua, aunque en todas viviendas se realizan charlas sobre el manejo de agua potable. Es posible que los usuarios de la agua de ENACAL asumen equivocadamente que esta agua es potable. La efectividad de la purificación es evidente: en las viviendas donde se purifica el agua casi no existe diarrea.

Los dueños de pozos tienen un abastecimiento más seguro de agua, que influye positivamente en la prevención de diarrea, porque el uso de agua en suficiente cantidades para asegurar la higiene en el hogar, reduce más las enfermedades diarreicas agudas, que una buena calidad de agua solamente.

Después de un aumento de los servicios higiénicos en buen estado en el periodo de 1994 a 1998, a partir de 1998 se redujo la cantidad de buenos servicios tanto en porcentaje como en numero absoluto. Igualmente a partir de 1998 se aumentó el numero de servicios higiénicos en mal estado. Algunas explicaciones para este fenómeno pueden ser: primero no se realizaron mantenimiento o reparación a las buenas letrinas, debido a varios factores, entre ellos la crisis económica; el censo

²⁴⁵ Ibid 11.

anterior fue realizado por la enfermera Hoppington, durante 2000 la enfermera Guido levantó la mayor parte del censo, y su visión acerca de la letrina es más crítica; por la experiencia y nuevos conocimientos adquiridos las enfermeras son más críticas a cerca de las letrinas; aunque las enfermeras dan charlas domésticas sobre letrinas la población “no hace caso a nuestras charlas”.

La situación de limpieza de patios domésticos es parecida a la situación de las letrinas y las explicaciones para este fenómeno también y aunque la mayoría de los patios se encuentran limpios, la impresión de los informantes claves y es diferente. Esta tiene mucho que ver con las fechas en que se recolectó cada año la información (verano, cerca de Navidad) y que estos datos se refieren a los patios y no a espacios comunales. En el año 1995, cuando se levantó el censo poblacional del barrio en el mes de julio, la mayoría de los patios se encontraron sucios. Además, aunque los patios domésticos se mantienen en regulares condiciones, los predios comunales y las carreteras se mantienen sucios y en malas condiciones: aguas estancadas, basura, sin chapear.

En el barrio hay bastante zancudos y hacen falta mosquiteros. El departamento de CEMA del Centro de Salud E.H.W. llega al barrio a fumigar y echar abate en los pozos, pero los resultados (menos zancudos) son muy temporales. La cantidad de zancudos está relacionada al grado de limpieza comunal (“mucho monte”) y la gran cantidad de aguas estancadas (charcos, tanques de abastecimiento).²⁴⁶

El inadecuado tratamiento de basura, en conjunto con las aguas estancadas, fuentes de agua potable inadecuados, las letrinas en mal estado y los predios montosos son factores que influye en la gran cantidad de vectores, como ratones, mosquitos y otros insectos que existe en el barrio. Se deben modificar los hábitos y las costumbres sanitarias de la población, para crear las bases de una modificación del perfil sanitario. Este proceso de modificación solo es posible a través de un proceso de aprendizaje, en el cual las acciones de educación sanitarias, que respeta la cosmovisión de las diferentes etnias, están combinada con una apropiación de las acciones por parte de la población y un mejoramiento de las obras sanitarias. Hasta ahora las enfermeras del barrio y tampoco los otros actores relevantes han logrado incidir (fuertemente) en la modificación de los hábitos

y costumbres de la gente con relación a la salud, por no partir suficientemente del concepto de salud-enfermedad miskito (los patios de los mestizos son más limpios). Además cambios de hábitos y actitudes no se logran a corto plazo y se necesita la cooperación de instituciones como la Alcaldía Municipal para incidir en la situación higiénica del barrio. Una vez que la Alcaldía no cumple con la recolección, la población se desactiva.

Morbilidad

Las principales afectaciones de salud en el año 2000 en niños son la desnutrición (con una tasa de 49/100), Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarréicas Agudas, enfermedades de piel y parasitosis. En los niños menores de un año predominaron las Infecciones Respiratorias Agudas. El asma afecta mucho a los niños.

²⁴⁶ Ibid 6.

Las afectaciones de salud de adultos durante el año 2000 fueron las enfermedades crónicas como hipertensión arterial, cardiopatía y diabetes. La tercera parte de los mayores de 64 años sufre de hipertensión arterial.

La morbilidad en el barrio es muy parecida a la morbilidad en la Región en general, tanto en adultos, como infantes.

Se puede y debe actuar por medio del conocimiento biológico, sobre los puntos accesibles de las cadenas de interacción entre el hombre, los agentes y reservorios de enfermedades, y el medio ambiente. No obstante, hay que tener presente que, todas las relaciones de producción, las condiciones de vida (trabajo, nutrición, etc.), determinarán la presencia y la distribución de los problemas de salud.²⁴⁷ Estudios demuestran que las desigualdades sociales se reflejan en la morbilidad. En los resultados de la encuesta de Salud Canadá, resalta claramente que las personas poco instruidas, que pertenecen a estratos socioeconómicos desfavorecidos, presentan más a menudo problemas de salud que las personas instruidas y más favorecidas económicamente. Problemas tales como las diabetes, la hipertensión, las enfermedades cardíacas, así como la artritis y el reumatismo son más frecuentes en el seno de familias pertenecientes a un estrato de renta baja,²⁴⁸ como son los habitantes del barrio El Cocal. Muchas enfermedades tienen estrecha relación con el estilo de vida, como hábitos de nutrición y de higiene, como también el uso de leña y carbón para cocinar.

La etnia criolla no tiene problemas de enfermedades diarreicas agudas y la mayoría refiere de no tener problemas de salud. Esta etnia tiene un mayor numero de inodoros, y vive en mejores condiciones que la mayoría de los miskitos.

Existe una estrecha relación entre los factores ambientales y de estilo de vida y la morbilidad, ejemplos:

- En las viviendas sin servicios higiénicos hay más quejas de enfermedades diarreicas agudas, que en general y en viviendas con inodoro el contrario
- En las viviendas donde se purifican el agua casi no hay enfermedades diarreicas agudas. Los que purifican el agua son más conscientes de la necesidad de higiene.

También existe una relación entre la pobreza expresada por las condiciones de vivienda y la morbilidad: en las viviendas más pequeñas, con menor cantidad de cuartos, en mal estado y con mayor cantidad de personas se enferman más. Por el mayor hacinamiento, menor ventilación y mayor humedad (mal estado) hay una mayor presencia de gérmenes y por lo tanto una mayor presencia enfermedades y transmisión más rápido.

Se ve una relación clara entre la ausencia o presencia de vectores y morbilidad: en las viviendas donde no se encuentran vectores, hay menos morbilidad. Este se explica por el papel de los vectores en la transmisión de enfermedades.

Entre mayor el número de personas que asegura ingresos en la casa, menor los problemas de salud referido por los padres de familia. Este confirma la relación entre la morbilidad y el nivel económico de las familias.

²⁴⁷ Ibid 12.

²⁴⁸ Ibid 11.

Mortalidad

Aunque los datos son contradictorios, se pueden determinar las siguientes causas de mortalidad para el año 2000 fueron: Insuficiencia Respiratoria y Enfermedad Diarréica Aguda en (3) menores de un año; shock hipovolémico (un joven) y politraumatismo en mayores. Entre las principales causas de mortalidad en la RAAN también se encuentran las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias.

La tasa de mortalidad infantil en el año 2000 en el barrio fue de 56 / 1000 nacidos vivos y está por debajo de la misma tasa registrada en la RAAN (61.6 / 1000) en el año 1998²⁴⁹ y superior a la tasa nacional en el mismo año de 45.2²⁵⁰. Se debe tomar en cuenta que hay un subregistro en los datos oficiales del MINSA, también se debe tomar en cuenta que los datos encontrados en estudios en una micro localización son generalmente por encima de datos globales de una región o un país. Tomando en cuenta las características de la población del barrio como son la multiculturalidad, la situación económica débil y los problemas sociales, pero al mismo tiempo se trata de un barrio urbano de la ciudad de Bilwi, capital de la RAAN, donde hay más servicios de salud y supuestamente mejor accesibilidad, que en cualquier otra parte de la región. Además el programa Maternoinfantil es un programa priorizado. Por lo tanto la tasa de mortalidad infantil no es alarmante.

Problemas de salud

La salud no es equilibrio, es tensión y conflicto en busca de mejores condiciones de vida, es una tentativa permanente de alcanzar niveles superiores de bienestar. Cada grupo y cada individuo adopta, dentro de su dominio un nivel aceptable de salud, aquel que mejor se ajusta a sus aspiraciones y posibilidades reales y concretas.²⁵¹ Los pobladores de las comunidades indígenas mantienen y reproducen su visión del mundo, la relación armónica entre los miembros de la comunidad y la naturaleza. Esta visión incide sobre la concepción de salud-enfermedad que tienen las comunidades, por lo tanto la salud tiene que ver con la organización social, el desarrollo económico, el nivel de vida, la distribución de recursos, el medio ambiente natural y social de las comunidades.²⁵² Según la opinión de los habitantes del Cocal, para ellos los problemas más sentidos no son las enfermedades en específico, sino ellos dan una explicación más general, mencionando la pobreza. Dicen que son muy pobres, que no tienen dinero, si alguien se enferma de una simple gripe no tienen dinero para eso. Mencionan la falta de trabajo y la falta de atención de parte de las autoridades como Alcaldía ya que no tienen dinero no pueden pagar el tren de aseo. A la Clínica no le compete ver toda la problemática del desempleo, la difícil situación económica y la falta de dinero. Lo que nosotros miramos es la malaria, las embarazadas, los/as niños/as a vacunar, la Tuberculosis. Pero la pobreza influye en la salud, porque por eso hay muchos desnutridos en el barrio, los niños no pueden alimentarse bien, las mamás no pueden alimentarse bien, entonces sí influye.²⁵³

²⁴⁹ República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Indicadores básicos en salud 2000.

²⁵⁰ Ibid 105.

²⁵¹ Ibid 12.

²⁵² Ibid 1.

²⁵³ Ibid 70.

La salud es un variable dependiente influida por factores biológicos, factores ligados al entorno, al estilo de vida y al sistema sanitario.²⁵⁴ La visión del mundo de las comunidades indígenas incide sobre la concepción de salud-enfermedad que tienen las comunidades, por lo tanto la salud tiene que ver con la organización social, el desarrollo económico, el nivel de vida, la distribución de recursos, el medio ambiente natural y social de las comunidades.²⁵⁵ Entre los principales problemas de salud en el barrio se encuentra problemas sociales (violencia, alcoholismo, bajo nivel escolar drogadicción), económicos (pobreza, desempleo, precios elevados de servicios y productos), problemas en la atención de salud (falta de un Puesto de Salud y de medicamentos gratis), enfermedades, problemas ambientales (zancudos, aguas estancadas, basura, vectores), inadecuada higiene y problemas relacionados con acceso a servicios básicos, como letrinas y agua potable. Aunque la accesibilidad a agua ha mejorado y en la parte central del barrio llega diario agua de ENACAL, tanto los servicios irregulares de ENACAL para otros sectores del barrio y la calidad deficiente del agua siguen siendo problemas para la población.

Uno de los principios de tanto la Atención Primaria de Salud, como el Modelo de Salud es la accesibilidad de la atención en salud: “la asistencia sanitaria esencial (...) socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad. La atención primaria de salud forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo central y económico global de la comunidad. Lleva la atención de la salud lo más cerca posible del lugar donde residen y trabajan las personas”.²⁵⁶ La inaccesibilidad (la “Falta de una Puesto de Salud” en el propio barrio, la falta de medicamentos gratis) es uno de los principales problemas de salud en el barrio según los dirigentes. Teniendo un Puesto de Salud, plantean los líderes comunales, no tienen que ir al hospital (“cobran 20 pesos en la noche”) con emergencias, tienen atención gratis y se soluciona el problema de los medicamentos. Para atender los casos de emergencia de noche en el Puesto plantean hacer un rol de atención, “porque hay bastante enfermeras en el barrio”.

Para incidir en los problemas de salud los informantes claves proponen estrategias, muy parecidas a las características de la Salud Comunitaria, como “conscientizar a la población y los líderes, tratar de organizar la población y estimular la cooperación”, mejorar la coordinación entre organismos e instituciones relevantes, enfocar en la promoción de hábitos sanos y organizar actividades de prevención.

Los diferentes procesos de atención asistencial de salud.

Agentes de salud presentes en el barrio

La etnia miskita concibe el ser humano como un ser integral, por lo que sus afectaciones y enfermedades también son integrales y tienen consecuencias en todo el ser. Existe una armonía entre las fuerzas de la naturaleza y el Winta Tara (cuerpo material). Si la persona sigue las reglas elementales de concordancia con la naturaleza,

²⁵⁴ Ibid 11.

²⁵⁵ Ibid 1.

²⁵⁶ OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Temas de discusión. HSS/SILOS-17. Washington, EEUU. 1989.

de seguro llevará una vida sana y feliz.²⁵⁷ La población miskita tiene sus propios agentes sanitarios en forma de sukias, curanderos, sobadores, parteras y hierberos, que garantizan una atención de salud a su población, acorde a la cosmovisión y las creencias de la misma.

En el barrio hay varios curanderos, parteras empíricas, un sukia, un medico botánico con su propia clínica, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, enfermeras que atienden partos domiciliarios y un auxiliar de enfermería/hierbero²⁵⁸.

Porcela Sandino se autodefine como curandera, aunque resuelve enfermedades “tradicionales miskitas”, como casos de Grisi Siknis, y una enfermedad ocasionada por “los malos espíritus”. Según Fagoth et al²⁵⁹ y Cox²⁶⁰ es el sukia que interviene en estas clases de enfermedades “para expulsar los espíritus malignos”. Los sukias y sus practicas fueron “prohibidos” por la iglesia morava, además mucha gente ven la sukia como conocedor y practicante de la magia negra, por estas razones muchos sukias nieguen que son sukias. La señora Sandino detecta las causas de las enfermedades a través de sus sueños, un don asignado a los profetas, además usa para las curaciones flores y agua, un método de curación usado por el “Spirith”, y oraciones. La señora Sandino es el agente sanitario tradicional más poderosa y consultada (atiende hasta 200 pacientes por mes, “los niños llegan a su casa como fuera una clínica”).

Pablo McDavis, en sus propias palabras, un medico botánico, combina practicas tradicionales con practicas como acupuntura y masajes. La señora Benjamin atiende tanto problemas de mujer y niños. Y la señora Nicho combina practicas de sukia, de sobador (resuelve casos de Yumuh), de curandero y además de partera.

Según los agentes sanitarios la población les busca, porqué: “los pacientes ya buscaron su cura hasta en Managua y varios hospitales y Centros de Salud, no les ayudan. Les recomiendan otras personas”, “porque ayudemos con plantas, hojas cáscaras y otros”.

Aunque muchas agentes tradicionales del barrio no se puede encajar bajo un tipo de agente tradicional, cada agente sanitario comunal tiene sus especialidades y la confianza de un cierto grupo de la población de atender adecuadamente sus problemas, que es un elemento fundamental para el éxito de cualquier práctica médica en cualquier cultura.

Servicios de salud que se brindan a la población

El barrio cuenta con los servicios del Centro Clínico Bilwi, el cual funciona en coordinación con el Ministerio de Salud. Brinda servicios de consulta externa especializada y los servicios de apoyo (laboratorio y farmacia), con el fin de utilizar los fondos generados para garantizar atención en salud a 4 barrios de Bilwi a través de los programas priorizados por el Ministerio de Salud,²⁶¹ como son:

²⁵⁷ Ibid 15.

²⁵⁸ Ibid 6.

²⁵⁹ Ibid 15.

²⁶⁰ Cox Avelino. Cosmovisión de los pueblos de Tula Walpa. URACCAN. RAAN. Junio 1998.

²⁶¹ Ibid 6.

- Atención a las mujeres embarazadas
- Control de Niño Sano
- Planificación Familiar
- Malaria
- Tuberculosis
- Enfermedades de Transmisión Sexual

Todas estas atenciones son gratuitas. En primer instancia las enfermeras atienden los pacientes de los programas y cuando hay necesidad, les pasan al médico del Programa o al especialista del Centro Clínico Bilwi o les refieren al Centro de Salud. El Centro de Salud Ernesto Hodgson (Policlínico) brinda atención de medicina general y consulta médica especializada en las áreas básicas. Ambos Centros se encargan de dar seguimiento a los pacientes. La cobertura de los programas es alta, especialmente el control del niño (CCD): toda la población menor de 6 años está atendida por este programa en el Centro Clínico Bilwi.

Los principios del modelo de salud de la RAAN enfocan²⁶² en la equidad en la atención, como un elemento primordial, priorizando al binomio madre-niño, las comunidades étnicas, los grupos poblacionales productivos en la pesca, y el trabajo forestal. Aunque los servicios priorizan a los servicios priorizados por el Ministerio de Salud, ningún servicio tiene un enfoque especial a las comunidades étnicas, aunque brinda servicios en la lengua miskita y español, y hay una mayor aceptación de creencias y costumbres indígenas. El hospital brinda servicios a los buzos con una cámara de descompresión para la atención de problemas de buzo. Normalmente las empresas que contratan los buzos pagan por este servicio.

En la farmacia (privada) del Centro Clínico Bilwi hay muchos fármacos, pero medicamentos gratis, para la atención a la población que llega a los programas en el mismo centro, casi no hay. Igualmente el centro de salud y el hospital cuentan con un serio escasez de medicamentos. El Centro Clínico Bilwi si cuenta con medicamentos homeopáticos, con los cuales pueden atender algunos problemas, porque las enfermeras todavía no están completamente capacitadas en el uso de este tipo de medicamento y la efectividad del medicamento no está aceptado por una gran parte de la población.

La población del barrio, aunque debe tener acceso económico, cultural y geográfico a la atención básica en salud, no lo tiene: en la mayoría de los casos, aunque es atendida por los servicios de salud gratuitamente, los medicamentos deben ser adquiridos en las farmacias privadas. Otros servicios, como laboratorio, rayos – X tampoco son gratuitos en muchos casos. Medicamentos alternativos como la homeopatía todavía no son aceptados culturalmente.

El único lugar donde brindan servicios 24 horas por día es el hospital Nuevo Amanecer y para llegar allá, en caso de emergencia, en la noche cuesta 20 córdobas (tarifa de taxi).

Otro problema en la atención asistencial para los pacientes es la calidad de atención en los servicios y la resolución de los problemas de los pacientes: “las clínicas privadas solo quieren dinero y no atienden bien a los pacientes, muchas veces ni curan los

²⁶² Ibid 1.

pacientes. El personal del Ministerio de salud, porque gana muy poco, no atiende bien a los pacientes.”

La colaboración entre los agentes y servicios

La Salud Comunitaria es un conjunto de intervenciones de Salud Pública en el ámbito comunitario. Una de sus características es que el personal de salud, profesionales y técnicos de otras disciplinas, y la comunidad aplican colectivamente sus conocimientos y habilidades a los problemas de salud que se presentan en la comunidad.²⁶³

El sistema de atención de salud está constituido por el sistema institucional de los servicios de salud, públicos y privados, el sistema tradicional de atención de salud de la comunidad que emplea los agentes sanitarios tradicionales y el sistema popular de atención de salud, que incluye el autocuido, la atención familiar y la asistencia proporcionada a través de las redes de apoyo social, como grupos religiosos y laborales.²⁶⁴

Según los principios del modelo de salud de la RAAN se debe promover la revitalización cultural.²⁶⁵

Existe referencia de pacientes entre los agentes sanitarios tradicionales y entre los agentes sanitarios tradicionales, enfermeras que brindan atención privada y los servicios de salud: “... cuando yo no puedo atender un caso o les mando a otros curanderos con un mensaje para que les ayude” y “cuando las parteras atienden los partos, ellas nos refiere lo que son los partos complicados y notifiquen a la Clínica los partos atendidos, para que la Clínica dé el seguimiento”. También hay referencias de pacientes e información sobre resultados de exámenes de laboratorio y atención asistencial entre el Centro Clínico Bilwi y el Centro de Salud Ernesto Hodgson Wright.

Una colaboración duradera entre agentes de salud y servicios de salud aún no existe. “Para la coordinadora del trabajo de los Barrios anterior, fue un choque, cuando se le orientó, hay que comenzar a ver como se va a trabajar con los curanderos, con las parteras de los Barrios”. Si existen iniciativas para mejorar esta colaboración. La idea del Centro Clínico Bilwi es preparar mas a las enfermeras para coordinar actividades con los agentes tradicionales. Durante los años 1999 y 2000 el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario en coordinación con el Centro Clínico Bilwi organizó actividades con agentes sanitarios tradicionales, como el intercambio de experiencias, también participaron agentes del barrio El Cocal. En estos intercambio también participó una enfermera del Centro Clínico Bilwi.

Varios agentes sanitarios tradicionales tienen contacto con otros agentes sanitarios, participan en los intercambios de experiencias organizados por el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario y buscan ayuda a otros curanderos en casos que no saben resolver. Aunque la curandera Sandino participó varias veces en intercambios de experiencia ella prefiere trabajar sola, porque su forma de trabajar (con oraciones y

²⁶³ Ibid 10.

²⁶⁴ Ibid 30.

²⁶⁵ Ibid 1.

ritos) es muy diferente que las formas de trabajo de los otros agentes tradicionales: “Los otros practican otras cosas, que chocan con las mías.”

Los informantes claves ven la necesidad de mejorar la colaboración entre los agentes sanitarios y proponen para lograrlo: “Primero necesitan organizarse bien. Segundo los agentes sanitarios tradicionales necesitan trabajar en un proyecto” y “Tratar de ubicar los curanderos y las parteras”

Donde buscan atención de salud cuando está enferma la población

Un elemento fundamental para el éxito de cualquier práctica médica en cualquier cultura es la activa participación tanto del medico como del paciente en el acto terapéutico, la confianza que el paciente deposita completamente en el profesional de la salud que además de entender su oficio, entiende al paciente y se hace entender de él.²⁶⁶

Mucha gente acude primero al curandero, antes de ir al hospital. Mucha gente (miskita) cree que está enferma porque otra persona le quiere hacer daño y cuando el medico moderno aplica el medicamento moderno se va a morir. El curandero, con la planta “probadora”, comprueba primero si la enfermedad está causada por otra persona²⁶⁷.

Según el censo poblacional del barrio del año 2000 el lugar preferido para buscar es el Centro Clínico Bilwi, seguido por la clínica privada y el Centro de Salud. El nivel socioeconómico y la cultura tienen influencia sobre la utilización de servicios de salud. Las familias que viven en viviendas en buen estado acuden más al Centro Clínico Bilwi que las familias de casas en mal estado. Las familias miskitas acuden más al Centro Clínico Bilwi y las clínicas privadas, mientras las mestizas acuden a las clínicas privadas, el Centro Clínico Bilwi y el Centro de Salud y las criollas acuden al hospital. Según Hooker et al²⁶⁸ la etnia criolla primero trata de resolver los problemas por si solo, después acuden al hospital.

Una parte de la población no acude al Centro Clínico Bilwi porque creen que este Centro cobra por todos los servicios. Interesante es aún que la pobreza en que vive gran parte de la población, muchos prefieren ir a clínicas privadas, en vez de los servicios ofertados por el Ministerio de Salud. Eso tiene que ver mucho con el nivel de resolución de estos servicios y la calidad de atención.

Las enfermeras del Centro Clínico Bilwi han logrado observar que muchos niños con diarrea llegan donde Doña Porcela “como si fuera una Clínica y dice que con sus remedios no necesitan ir a la clínica”, les hace baños y les da tomado.

Los informantes claves están dividida en la opinión sobre la búsqueda de la atención de salud los enfermos que depende del tipo de enfermedad, del sexo y de la edad del paciente: “para comenzar buscan su medicina natural con sus curanderos, sus medicinas caseras, cuando no resulta buscan la atención en la Clínica Bilwi, Centro de Salud y Hospital”, “A la Clínica Bilwi acuden con niños enfermos, mujeres, para hacer

²⁶⁶ Ibid 1.

²⁶⁷ Ibid 6.

²⁶⁸ Hooker Blandford Alta et al. Condiciones de vida y salud de las familias de la etnia creole de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siu, Bilwi-RAAN, Enero-marzo 1998. URACCAN. 1998.

una gota gruesa (malaria) y para los otros problemas acuden al Centro de Salud", "Si estamos graves vamos al Hospital". Según Van Heck et al.²⁶⁹ la población prefiere buscar atención de salud en el hospital y con los curanderos.

La diferencia entre los lugares donde acude la población, según resultados del censo, opiniones de informantes claves y resultados de Perfil de Salud del barrio, se puede explicar, porque el censo fue levantado por las enfermeras en sus uniformes blancas, identificándose como personal de enfermería. Además mucha gente (por vergüenza y miedo de regaño) niega que visita los agentes sanitarios tradicionales.

La relación entre las características demográficas, el nivel socioeconómico de la población y la búsqueda de atención, se refleja también en el uso de los métodos de planificación familiar. Una tercera parte de las mujeres en edad fértil usa estos métodos de planificación familiar. Las mujeres jóvenes entre 15 y 19 años planifican menos y el grupo de 30 a 34 años planifica más. Con relación al nivel académico se ve un mayor uso de métodos anticonceptivos en el grupo de mujeres con secundaria completa.

Aunque hay contradicción entre los datos estadísticos sobre los lugares de atención del parto, se puede concluir, que el sitio preferido es el hospital, aunque la mayoría de los partos allí atendidos fueron "sin complicaciones". Sí hubo un alto número de embarazos de alto riesgo en control por el Centro Clínico Bilwi, que fueron referidos al hospital para su parto.

Preferencias de la población acerca del tipo de medicamentos

Un papel muy importante en las formas de curación de la etnia miskita juega la flora medicinal que se encuentra en la región. Todos los agentes sanitarios tradicionales en el barrio prescriben flora o partes de ellas, aunque cada uno también practica otras formas de tratamiento. Las formas en las cuales usan la flora y la combina con otras especies o con otros tratamientos, aún es diferente por cada agente.

Hay importantes elementos culturales (formas de vida, de concepción del mundo, costumbres y creencias) que establecen una percepción especial de los procesos Salud y Enfermedad. Sin embargo, las diferentes culturas indígenas, así como las sub-culturas populares, han absorbido muchos principios de la medicina "Científica" para explicar la enfermedad y usan medicinas occidentales para curarlas.

Según los resultados del censo poblacional la mayoría de las familias usan fármacos, una quinta parte usa fármacos y plantas y una pequeña parte no usa medicamentos. Entre las diferentes etnias no hay diferencias grandes en las preferencias por un cierto tipo de medicamentos aunque una parte sustancial de la etnia criolla no usa medicamentos. El comportamiento de la etnia criolla concuerda con los hallazgos de Hooker et al.²⁷⁰, donde manifiesta que las familias criollas resuelven las enfermedades en su casa con remedios caseros.

La mayoría de los informantes claves, especialmente los agentes tradicionales, son de la opinión, que la población prefiere las plantas, aunque también refieren que usa

²⁶⁹ Ibid 6.

²⁷⁰ Ibid 121.

medicamentos occidentales, según la enfermedad y según la efectividad del primer medicamento aplicado, siguen con otro tipo. También mencionan el uso de la planta probadora, para conocer si tienen algún hechizo antes de usar medicamentos occidentales.

La homeopatía, por su reciente introducción es todavía muy desconocida y poca gente reconoce su valor curativo, aunque ya hay reacciones muy positivas también. “Las mujeres quienes practican el examen bioenergético quedaron fascinadas”.

Según los padres de familia, la mitad de la población acuda a las farmacias para conseguir sus medicamentos y una pequeña parte acuda a la clínica privada. Una quinta parte de la población refiere no buscar medicamentos. La etnia mestiza, para sus medicamentos, acude más al Centro Clínico Bilwi que las familias miskitas, mientras las criollas no acuden a este centro. Los informantes claves opinaron que la población “acude a sus agentes tradicionales y cuando ven que no los resuelve buscan la Medicina Occidental, usa las dos cosas”, “la mayor parte de la población es pobre y no tiene para comprar medicamentos. En la Clínica hay pocos medicamentos que se pueden dar gratuitamente. Mucha gente usa hierbas y remedios caseros”.

Las contradicciones entre las opiniones de los informantes claves y los padres de familia acerca del medicamento de preferencia y el lugar de adquisición son influenciadas por el hecho que las enfermeras uniformadas realizaron el censo.

Los servicios de salud y medicinas son costosos que se pueden convertir en una de las causas principales de la mala salud. Usando medicinas elaboradas en base de plantas se puede reducir los gastos de salud y la economía de la gente pobre. Como gastan menos para curarse, pueden gastar más en alimentos para sus hijos. El círculo vicioso, *los servicios de salud y tratamientos costosos son una causa de la mala salud*, se puede y debe romper.

Está muy claro que la población no recurre al Ministerio de Salud para sus medicamentos y que la accesibilidad económica a medicamentos occidentales, y por lo tanto la atención básica occidental en salud no existe. La accesibilidad a la medicina casero y la flora medicinal es más grande, mientras el uso de los medicamentos está exclusivamente en manos de los médicos, las plantas medicinales pueden utilizarse sin receta y su conocimiento es transmitido por consejos de persona a persona (amigo, madre o de un curandero).²⁷¹ Las plantas se encuentra en el patio, en el barrio, tienen un costo mínimo y son culturalmente aceptadas. Son tantas las ventajas que las plantas medicinales tienen con respecto a los medicamentos que es imposible explicar porque generalmente su uso está limitado a solucionar problemas pequeños.²⁷²

Posibles soluciones para la falta de medicamentos básicos

La atención secundaria de salud es cara, y con la reducción presupuestaria del gobierno para la atención, el Ministerio de Salud no logra abastecer sus unidades con medicamentos esenciales. Por otro lado, en el ámbito internacional, nacional y regional se han propuestas de políticas y estrategias en salud con el fin de cambiar el enfoque

²⁷¹ Ibid 34.

²⁷² Ibid 1.

en la curación hacia una atención integral de salud. El Modelo de Salud de la RAAN²⁷³ plantea una atención con énfasis en la prevención y promoción de hábitos saludables, con amplia participación social, que garantice la revitalización cultural y la responsabilidad compartida. Los informantes claves coinciden con estas políticas, proponen se brinde una atención de forma integral.

Es conocido que los bosques en la región albergan un enorme potencial de sustancias curativas, que pueden ser utilizados para la elaboración de medicamentos naturales. Además, en huertos familiares o comunitarios se pueden sembrar plantas medicinales, hortalizas y frutales, con los objetivos fundamentales de tener medicina fresca, buena y barata al alcance de la mano y consumir hortalizas y frutas para mejorar la alimentación. En el huerto se puede sembrar plantas para una gran variedad de problemas de salud. La flora cosechada puede ser procesada para su conservación y aplicación como medicamentos.

Para obtener resultados satisfactorios en el tratamiento de enfermos en medicina tradicional, es indispensable una correcta preparación y aplicación de los remedios. Son varios los tipos de remedios que se puede elaborar en base de flora, como la infusión o té, diferentes tipos de jarabes, el jabón medicinal, la tintura y la pomada. Entre las formas de aplicar la flora medicinal podemos mencionar las vaporizaciones, el baño medicinal y la cataplasma.

Para aumentar la accesibilidad a los medicamentos los informantes claves proponen, “Capacitar más a los líderes y promotores de forma integral. Que los líderes haga huertos comunales con una variedad de plantas medicinales”, preparar personas en la conservación de flora y preparación de medicamentos, escribir y gestionar proyectos y el mejorar el aprovechamiento de la flora medicinal existente en la región compartiendo conocimientos.

Otra alternativa propuesta es el uso de medicamentos homeopáticos. Es conveniente seguir preparando las enfermeras en Homeopatía. “Si se logra preparar las enfermeras y que la gente lo acepte se puede así incidir en el problema de la falta de medicamentos”. Se puede producir medicamentos homeopáticos utilizando flora medicinal regional.

Los resultados de las actividades relacionadas a la salud de los diferentes actores sociales y comunitarios

Actores sociales existentes

En la Salud Comunitaria es de suma importancia la coordinación de actores sociales de diferentes sectores para intervenir sobre los determinantes de la salud, ya que la mayoría de los problemas de salud son multicausales. El personal de salud, profesionales y técnicos de otras disciplinas y la comunidad deben aplicar colectivamente sus conocimientos y habilidades a los problemas de salud que se presentan en la comunidad.

²⁷³ Ibid 1.

Hay una gran variedad de actores sociales comunitarios en el barrio, existe una estructura tradicional comunitaria miskita (los dirigentes comunitarios), iglesias de 4 religiones con sus grupos religiosos, una Comisión de Salud, brigadistas de salud y varios agentes de salud occidental y tradicional. Además de los actores comunitarios, hay más de diez organismos e instituciones, que están realizando actividades relacionadas a la salud y otros, que por su función o área de trabajo podían incidir en los problemas de la salud del barrio.

Los dirigentes comunitarios tienen funciones sociales, de seguridad, justicia, para mantener el orden, de coordinación y de gestión. Los pastores de las diferentes iglesias tienen la función de guiar a sus feligreses, llevar la palabra de Dios a la gente. Las organizaciones religiosas, como las organizaciones de jóvenes, ancianos y mujeres de cada religión realizan actividades para ayudar enfermos, pobres y viudos, entre otros. Los directores de los centros escolares no se involucran mucho en la vida social. Los dos miembros activos de la Comisión de Salud realizan actividades de vigilancia higiénico sanitario de la población, identifica problemas de salud ambiental y apoya en la búsqueda de soluciones a los problemas y la promoción de salud del barrio. Las Brigadistas apoyan en actividades de salud. Tanto los agentes sanitarios occidentales, como los tradicionales no se involucran mucho en la vida social comunitaria.

Los actores sociales comunitarios no todos son activos, el funcionamiento de la organización comunitaria no es optima y las coordinaciones entre los diferentes actores son pobres. La frecuencia con la cual se reúnen es baja y una gran parte de las reuniones entre los dirigentes son organizados y/o gestionadas por agentes externas de la comunidad. Sin embargo, los actores conocen la importancia de la coordinación y de la intersectorialidad para incidir en los problemas del barrio. “La Comisión con la gente del Barrio no pueden resolver estos problemas, se necesita a la gente del Gobierno también.”

La atención de salud del Barrio Cocal esta bajo la responsabilidad de la Centro Clínico Bilwi en coordinación con el Centro Salud, de acuerdo a los problemas que presente el Barrio se evalúa y se atiende entre ambos Centros. El Cocal tiene dos enfermeras, una tiene salario del Centro Clínico Bilwi y la otra del Centro de Salud EHW. Las dos enfermeras son las responsables para llevar a cabo los programas priorizados. El enfoque del Modelo de Atención es en la prevención, con actividades de control de niños y mujeres, visitas domiciliarias, charlas, inmunización, fumigación, entre otros.

Según la Atención Primaria en Salud y el Modelo de Salud de la RAAN, la base de la prestación de los servicios debe ser la propia comunidad. Para tal efecto, seguirán siendo eslabones fundamentales de la atención en salud las parteras empíricas, los líderes de salud, los brigadistas, curanderos, profetas y sukias. Por lo tanto, entre las funciones del personal de salud comunitaria debe estar la coordinación con estas agentes.

Hay necesidad de incidir en el papel de la enfermera como una facilitadora en el proceso, ya que en la actualidad las enfermeras no están preparadas para prestar una atención preventiva integral, ser una facilitadora, para motivar y organizar a la gente en torno a la resolución sus problemas y de coordinación con organismos, instituciones y con los agentes sanitarios tradicionales.

Actividades relacionadas a la salud

Tipos de actividades

Para incidir en los problemas de salud de una población se han propuesto diferentes políticas y estrategias como la Atención Primaria de Salud, que es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y la autodeterminación.

Para llevar a cabo estas estrategias la Salud Comunitaria debe tener un enfoque colectivo, tomar en cuenta el contexto político, económico, social, y sobre todo, cultural de la comunidad. Las actividades de salud necesitan una integración de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y asistencia en el abordaje de los problemas de salud de la comunidad.

El Modelo de Salud de la RAAN incluye la revitalización cultural como elemento principal, ya que la medicina tradicional y los agentes sanitarios tradicionales, concuerdan con la cosmovisión de la población y tienen la confianza de la población.

En el barrio se realizan una variedad de actividades, como la limpieza del barrio, gestión de la construcción de un puesto de salud, la medicación masiva para la malaria, vacunación Canina, Cloración de agua para toma, visitas y charlas domiciliarias, rehabilitación de pozos, control de niños y mujeres, seguimiento a pacientes con Tuberculosis, talleres, actividades con drogadictos y niños de la calle, actividades de promoción, juegos deportivos, entre otros.

Se implementa un programa de atención primaria basándose en los programas priorizados por el sistema de salud, se desarrolló una Investigación de Acción Participativa para buscar un modelo de atención en salud adecuada, se estaba trabajando entorno a una escuela saludable.

Cada organismo e institución tiene su propio grupo meta, la Comisión AntiDroga trabaja con jóvenes, el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario trabaja con los agentes sanitarios tradicionales y los dirigentes del barrio, el Centro Clínico Bilwi enfoque más a las mujeres y niños, GVC trabaja con el Colegio Irma Cajina, TESIS trabaja con niños trabajadores.

También varios organismos trabajan a través o con apoyo de grupos formados por los mismos, como la Comisión de Salud y las Brigadistas formadas por el Centro Clínico Bilwi; los Consejeros Voluntarios de la Comisión de Lucha Contra el SIDA/ETS y los promotores de la Comisión AntiDroga. Cada uno de estos grupos tiene funciones y tareas asignadas para fortalecer y reproducir los esfuerzos de los organismos.

La temática de las actividades es amplia: homeopatía, organización comunitaria, análisis de la situación de salud, definición de estrategias y planificación de actividades, higiene personal, doméstica y ambiental, drogadicción, Enfermedades de Transmisión Sexual, Alfabetización, ebanistería, medicina tradicional, huertos, planificación familiar, nutrición, etc.

Tanto las actividades, como la temática de las mismas tiene relación con los principales problemas de salud, aunque problemas y condicionantes de salud como la nutrición, el nivel educacional, la pobreza, el tráfico de droga, desempleo y violencia, no reciben atención necesaria.

Un problema que afecta el Barrio es la violencia intrafamiliar, pero el MINSA y muchas otras instituciones no toman en cuenta este problema. Como consecuencia de esto muchas madres dan maltrato a sus hijos, hay violencia intrafamiliar, alcoholismo, drogadicción y la desnutrición. Los trabajadores del MINSA pueden realizar educación.

La educación sanitaria es un instrumento indispensable para asumir la responsabilidad activa en la defensa de la salud, tanto en el ámbito individual como colectivo; obtener informaciones correctas y suficientes, ser capaz de analizar la propia realidad, la del barrio, de la escuela o del ambiente de trabajo, de apoyo para la elección de comportamientos que inciden directa o indirectamente sobre la salud física y psíquica de las personas y de la colectividad. ¿La educación brindada en los diferentes talleres, charlas y actividades de promoción en el barrio ha logrado eso?

Las pre-condiciones para la educación sanitaria son que las personas deben sentir la necesidad de cambiar sus hábitos, deben de tener los recursos materiales y las habilidades para mejorar su ambiente.²⁷⁴ Estas pre-condiciones todavía no existen en el barrio.

La promoción de salud debe buscar la acción conjunta, combinando los esfuerzo de todos los niveles del sistema de atención de la salud - el nivel popular del individuo y la familia, el sistema tradicional o del pueblo y el sistema institucional de servicios de atención de salud, así como las ONG e instituciones extrasectoriales claves. También debe promover el autocuidado. Condiciones indispensables para ello son: disponer de una base segura en un entorno adecuado, acceso a la información, habilidades personales y oportunidades para elegir acciones saludables,²⁷⁵ condiciones que no hay en el barrio.

Se debe analizar la situación de la salud empleando las zonas geográficas más pequeñas que sean posibles, para identificar sus necesidades y prioridades y los recursos extrasectoriales y de la comunidad disponibles para atenderlas.

Varias actividades que se realizan están basadas en una previa análisis de la situación o sugerencias e inquietudes de la población. El Centro Clínico Bilwi utiliza la información del censo para la planificación del trabajo. Recogimos listas de los niños inasistentes y les visitamos. El trabajo de terreno en el Barrio es integral, allí es donde se ven las condiciones de la limpieza de los patios, las condiciones de las fuentes de agua, las condiciones de las letrinas y aprovechan para ir dando charlas según los problemas que vas encontrando. Durante las visitas domiciliarias se da seguimiento a de pacientes y sus familiares. La Investigación de Acción Participativa hizo una planificación participativa de actividades en base de un análisis de la situación, una priorización de problemas y una definición de estrategias en conjunto con actores relevantes.

²⁷⁴ Ibid 43.

²⁷⁵ Ibid 40.

Muchas estrategias y actividades implementadas en el barrio conllevan estrategias de las políticas anteriormente mencionadas, aunque siguen siendo basadas en pensamientos occidentales y científicos, además tendrán resultados a mediano y largo plazo. Aunque algunas actividades son definidas en conjunto con los dirigentes del barrio, no responden necesariamente a las prioridades e intereses de la población y sus visiones, que son más de corto plazo.

Muchos organismos tienen financiamiento para actividades de educación, de promoción y de organización, pero no para la construcción de un Puesto de salud, pozos y letrinas, los cuales son prioridades para la población. Para estas actividades los organismos necesitan gestionar proyectos, que es una actividad en la cual no son buenos y además es un proceso lento y no 100 % seguro, otra razón para la cual la comunidad se desespera y pierde el ánimo.

Coordinación y participación

Un Sistema Local de Salud hace énfasis en la atención integral que coordina todos los recursos disponibles en el sector salud y otros ajenos a éste para la promoción, prevención y tratamiento. Las grandes líneas de modernización de la atención primaria en salud en Nicaragua estarán orientados a definir acciones más adecuadas a las necesidades de la población, asegurando la equidad, aplicar la metodología de planificación estratégica, realizar un plan de empresa anualmente y coordinar con la comunidad y la cooperación externa la ejecución de dicho plan.

Hay varias actividades, que se realizan entre varios organismos e instituciones, por ejemplo jornadas de limpieza, actividades entorno a la escuela saludable, una Investigación de Acción Participativa, etc. Sin embargo, muchas de las actividades se llevan a cabo sin que otras instituciones y organismos tienen conocimiento de este.

Otras actividades, como jornadas de limpieza, se llevan a cabo en común esfuerzo, pero si las familias trataron adecuadamente sus basuras, si juez se llevó a cabo limpieza y recolección sistemáticamente, se estuviese brindando una atención adecuada de salud.

Algunas de las características de la Salud Comunitaria son²⁷⁶:

- Se requiere la coordinación de actores sociales de diferentes sectores para intervenir sobre los determinantes de la salud,
- El personal de salud, profesionales y técnicos de otras disciplinas, y la comunidad aplican colectivamente sus conocimientos y habilidades a los problemas de salud que se presentan en la comunidad,
- Participación de la comunidad en el proceso de decisión.

Los actores comunitarios, en especial el juez, realizan coordinaciones con varios organismos e instituciones, como el Gobierno, el Ejército, la policía, la Alcaldía Municipal, con la Clínica Bilwi y el Centro de Salud, con el MECD y los pobladores del barrio. Las coordinaciones son muchas veces puntales y hay poco seguimiento a los acuerdos.

²⁷⁶ Ibid 9.

Existe una buena coordinación entre el Centro de Salud y el Centro Clínico Bilwi. Los programas son evaluados conjuntamente. El Centro Clínico Bilwi manda mensualmente sus informes al Centro de Salud y del MINSA recibe medicamentos para la atención de los programas, entre otros. Hay ciertas dificultades en torno a procedimientos de gota gruesa y en la ejecución de las fumigaciones y medicación masiva. Se programan en coordinación con la Clínica Bilwi, pero a veces no se ejecutan por falta de dinero.

La coordinación entre las instituciones y organismos es en dependencia de los propios intereses. La organización no puede operar con éxito en su medio durante un período prolongado si no logra desarrollar relaciones estables y mutuamente beneficiosas con los actores claves de la red y un sistema de información acerca del entorno en que opera. Una de las condiciones más importantes de una red es que debe ajustarse a los cambios importantes del ambiente.²⁷⁷

Para mejorar las relaciones y la colaboración entre estos actores sociales relevantes proponen, intercambiar información de actividades sobre actividades y proyectos para el barrio entre los organismos e instituciones, capacitar a los líderes del barrio y mejorar la organización comunitaria. Que la misma estructura organizativa comunitaria se encarga de las coordinaciones, que inician a escribir proyectos y gestionar los mismos.

La responsabilidad en salud debe ser compartida, tienen que ser los pobladores, ellos son los afectados si ellos no se preocupan la gente de afuera no le va a venir a resolver los problemas de su casa y los organismos e instituciones que facilitan conocimientos, servicios y procesos.

La participación social refiere a los procesos sociales a través de los cuales los grupos (incluidos los de la comunidad), las organizaciones, las instituciones, los sectores - todos los actores sociales a todos niveles dentro de una zona geográfica determinada - intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones. Ninguna intervención sanitaria puede tener éxito si no pasa a través de la colaboración y la participación activa de la comunidad. Se debe poner especial interés en el desarrollo de capacidades de la comunidad por asumir una coresponsabilidad por la situación de sus miembros.

En los talleres, que organiza el Centro Clínico Bilwi para los 4 barrios que atienden, participan alrededor de 25 a 30 personas, solo uno o dos de los participantes son hombres, del barrio El Cocal, que es más grande y llegan muy pocos. Durante la Jornada de Limpieza los adultos participa muy poco, si hay participación de adolescentes. Para ir a vacunar sus niños los padres de familias si participan.

En los talleres y reuniones organizados por el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario y el Centro Clínico Bilwi participaron a veces más de 40 personas, entre dirigentes comunitarios y representantes de instituciones y organismos. Actualmente se realiza talleres y reuniones con los dirigentes y la participación es mucho menor, a veces solo llegan 4 o 5.

²⁷⁷ Ibid 28.

Para la inasistencia y la no-participación de comunitarios y dirigentes comunitarios en actividades de salud hay muchas explicaciones, como son algunos: “proyectos tienen dinero pagar mano de obra”, “no tienen tiempo, porque tienen que chambear”, “no se puede dejar la casa sola, porque hay muchos ladrones”. Ciertamente es que muchas actividades organizadas no son prioridad de la población, aunque si están relacionadas con los principales problemas, no resuelven los problemas de salud a corto tiempo. Muchas familias viven en condiciones de extrema pobreza, y tienen que ver como conseguir comida para hoy y no piensan en los problemas más allá de hoy. También hay problemas de actitud, de individualismo, de falta de responsabilidad de la población y de comodidad. Al otro lado los organismos e instituciones deben analizar si las actividades que realizan son realmente prioridades de la población, se organizan actividades a horas convenientes para la población, se realizan las invitaciones de forma adecuada, en el contenido se toma suficientemente en cuenta la cultura y cosmovisión de la gente, las actividades son suficientemente dinámicas, entre otros. También se debe enfocar su trabajo en cambios de actitudes de la población, actores comunitarios y definir en conjunto deberes y responsabilidades en salud y en el seguimiento e implementación de los mismos.

Los informantes claves tienen varias sugerencias para mejorar la participación social, como la organización y capacitación de un grupo de jóvenes para conocer los problemas de la población e intereses de la gente, que además realizan actividades de promoción; formación y entrega de herramientas a equipos por sector, que se encargan de la limpieza comunal; que los dirigentes den el ejemplo.

Resultados de las actividades

Para analizar los resultados de las actividades de salud realizados en el barrio, se debe tomar en cuenta, que la salud es un variable dependiente influida por factores biológicos, factores ligados al entorno, ligados al estilo de vida y al sistema sanitario. Para incidir en los problemas de salud se puede y debe actuar por medio del conocimiento biológico, sobre los puntos accesibles de las cadenas de interacción entre el hombre, los agentes y reservorios de enfermedades, y el medio ambiente. No obstante, hay que tener presente que, todas las relaciones de producción, las condiciones de vida (trabajo, nutrición, etc.), determinarán la presencia y la distribución de los problemas de salud.²⁷⁸

Se debe tener en cuenta el recurso económico disponible para enfrentar los problemas, sobre todo en el abastecimiento de medicamentos el cual es deficiente. No han tenido suficiente para dar cobertura a los diferentes problemas. (grupo focal Centro de Salud EHW)

Retomando la situación higiénico sanitario se puede destacar lo siguiente:

- En los últimos seis años se ve un aumento grande en viviendas con conexión a la red de ENACAL. Hay pocas casas sin fuentes de agua.
- En algunas viviendas se purifican el agua para beber.
- Aunque hubo un aumento en las viviendas con servicio higiénico en buen estado en el periodo 94 a 98, este aumento se ha convertido en una disminución en los últimos dos años.

²⁷⁸ Ibid 11.

- No hay cambio significativo en la limpieza de patios domésticos.

Las visitas domiciliarias, las charlas a padres de familia y las capacitaciones no han tenido un efecto substancial en el comportamiento de la población en relación con el agua y saneamiento. Si se debe tomar en cuenta, que hubo una inmigración continua en el barrio.

Una “Tecnología Apropiable” es aquella tecnología que la comunidad llega verdaderamente a reconocer como suya, integrándola a su cotidianeidad, haciéndola parte de su quehacer rutinario. Ante el desarrollo de esos sentimientos las personas también desearán hacerse parte de las acciones de operación y mantenimiento que corresponden. Esos sentimientos deben ir acompañados por capacitaciones. Durante los últimos años se rehabilitó 20 pozos, hay 18 pozos con brocales de concreto con bombas de mecate y 2 pozos con brocales de madera con este tipo de bomba, pero no se realizaron talleres o capacitaciones de personal en el manejo, mantenimiento y reparación de las bombas. Si hay una persona en el barrio (el presidente de la comisión de salud), que lo sabe.

Hay un aumento de mujeres que planifican. Se incidió sobre todo en las enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias, Enfermedades de Transmisión Sexual, y Tuberculosis. Hay un gran cambio en lo que concierne a la malaria, porque en los años anteriores era uno de los Barrios más afectados por esas enfermedades, pero en este año han disminuido su incidencia, habiendo rechazo en la medicación masiva, pero se da por falta de persuasión por el personal de salud de ambos Centros. Se debe haber brindado charlas educativas. La gente asiste más a la vacunación, hay más controles realizados. Sin embargo, hay una mortalidad infantil en el barrio que es más que el doble que los datos oficiales de la RAAN.

Han habido cambios en los programas priorizados por el MINSA y el Centro Clínico Bilwi, además que son programas priorizados, son atenciones que dependen de actividades que pueden realizar las enfermeras y personal de CEMA, entre otros. “Si los niños no llegan al Centro, las enfermeras le van a buscar y realizan el control en la casa.” También, a través de medicación masiva, fumigación y abatización se puede incidir en la malaria, aunque aquí ya se necesita participación más activa de la población en el control de criaderos.

En higiene ambiental, letrinas, basura, limpieza de patios, hubo mucho menos impacto. Las letrinas tienen una relación con la situación económica y necesita “fuerza Masculina”, para su construcción, por lo tanto familias pobres, de madres solteras tiene problemas en construir buenas letrinas. En el manejo de la basura y el uso de letrina influye la inmigración del área rural hacia el área urbana. En las comunidades hay suficiente espacio, para defecar al aire libre y hay menos basura inorgánica. Sin embargo, se puede concluir que las charlas y los talleres impartidos, no resultaron cambiar actitudes. Hay que tomar en cuenta que cambiar actitudes y costumbres es un proceso largo y duro.

Para mejorar la incidencia en los problemas de salud, los informantes claves sugieren fortalecer la organización del barrio; invitar instituciones y organismos para conocer la situación de salud en el barrio; seguir con las visitas domiciliarias; multar familias que no cumplen con la limpieza de patios; mejorar la cooperación inter e intrasectorial; y concientizar a las familias.

Estas sugerencias son muy validos y concuerdan con las estrategias antes mencionadas, aunque se debe analizar de la calidad y efectividad de las charlas y talleres relacionadas a la higiene, y buscar como incidir en los problemas sociales del barrio. Multar familias por incumplimiento de la limpieza de patios no tiene tanto sentido, porque tampoco el MINSA ha logrado cambios de esta forma.

La Investigación de Acción Participativa, que impulsan el Centro Clínico Bilwi y el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario están desde el año 1999, en búsqueda de un modelo de atención en salud adecuada se quedó en varios momentos estancados. Durante el año 2000, en conjunto con dirigentes del barrio, se discutió y validó un diagnostico de salud del barrio y se identificaron las instituciones y organismos de relevancia para incidir en los problemas de salud. En varios talleres con la participación de tanto la población, representantes de organismos e instituciones priorizaron los principales problemas de salud. En base de los resultados de los talleres se elaboró una propuesta de plan de trabajo. Desde julio del año 2000 se trata de iniciar este plan con muchas dificultades. Existen diferentes razones para el atraso del inicio del plan, como:

- El principal deseo de la comunidad es conseguir su propio Puesto de Salud. Para tal fin se comprometieron a aportar con el terreno para la construcción. Aunque consiguieron una contribución de dinero para la compra de un terreno en la comunidad, hasta la fecha no han logrado conseguir el terreno.
- La participación en las actividades de la IAP se está disminuyendo, también porque no ven cambios en la comunidad. "La gente no vea cambios, estoy esperando que se logra construir el Puesto, para motivar a la gente"
- Los dirigentes comunitarios poco se coordinan y son poco beligerante, la organización del barrio es poco ágil.
- No se ha logrado definir un modelo de cooperación intra e intersectorial, para asegurar la continuidad de la cooperación y coordinación en las acciones de salud.
- Las instituciones y organismos involucrados solo cuentan con fondos para realizar talleres, de capacitación y promoción. No cuentan con fondos para construir un Puesto de salud y mejorar letrinas, los dos principales problemas de salud del barrio. Estos fondos deben ser gestionado por otro lado, que significa una inseguridad de las acciones y una pérdida de interés de la población y sus líderes.

En Comunidades Saludables los individuos trabajan juntos no sólo para mantener y mejorar su propio estado de salud, sino también el de la comunidad. Una comunidad saludable se define como aquella que está continuamente mejorando su ambiente físico y social y desarrollando recursos de la comunidad que permiten a la población llevar a cabo todas las actividades cotidianas para desarrollar su potencial máximo por medio del apoyo mutuo. Las instituciones públicas y privadas a todos los niveles, envueltas en el desarrollo socioeconómico general o en sectores específicos como la educación, el empleo, el saneamiento y el transporte, así como la salud, junto con grupos políticos, religiosos, cívicos, y vecindarios, pueden y deben participar para crear comunidades saludables que promuevan el bienestar total de sus poblaciones y ambientes.²⁷⁹

²⁷⁹ Ibid 30.

El barrio El Cocal, de acuerdo a esta definición, está aún lejos de ser una Comunidad Saludable. Para lograrlo, se necesita mucho esfuerzo, voluntad política y cambio de actitudes, tanto de la población sus dirigentes y de organismos e instituciones.

X. Conclusiones

1. Los principales factores que determinan la eficacia de las estrategias de atención en salud son la pobreza, la cultura, la migración, el nivel educacional de la población y la organización comunitaria.
2. El nivel académico de la población del barrio es bajo, una tercera parte de los niños entre 4 y 10 años no asiste a la escuela y una tercera parte de los mayores de 10 años son alfabetos o tienen su primaria incompleta, lo que influye en la situación económica de la población y su estado de salud.
3. La organización comunitaria del barrio tiene una estructura igual a la estructura miskita tradicional, pero incide poco en la problemática de salud en el barrio, es poco ágil y los dirigentes comunitarios poco se coordinan y son poco beligerantes.
4. La accesibilidad al agua de uso doméstico se ha aumentado y la prevalencia de malaria disminuido en los últimos años, pero las actividades impulsadas en el barrio no han logrado incidir significativamente en la situación higiénico-sanitario del barrio, tampoco hubo una adecuada transferencia de tecnología acerca del manejo, mantenimiento y reparación de las bombas de mecate instaladas.
5. Entre los problemas de salud más sentidos por la población tenemos los relacionados a la pobreza, la inmigración al barrio, la inaccesibilidad a la atención en salud y problemas sociales, como: el alcoholismo, analfabetismo en niños y adultos, drogadicción, violencia, la desnutrición, la falta de buenas letrinas, la falta de un puesto de salud en el propio barrio y la inaccesibilidad económico de medicamentos, sin embargo los principales actores de salud poco inciden en estos problemas.
6. Las tres etnias que conviven en el barrio usan tanto la automedicación (remedios caseros) y los sistemas occidental y tradicional de salud. La etnia criolla se automedica y acude al hospital, mientras la etnia miskita acude primero a su curandero y después al Centro Clínico Bilwi, la etnia mestiza acude principalmente al sistema occidental.
7. El programa Maternoinfantil es el programa priorizado por parte de los servicios de salud y se ha logrado un aumento en la inmunización de las mujeres y niños, una asistencia de casi 100 % al programa de Control del Crecimiento y Desarrollo y una alta captación de mujeres embarazadas, sin embargo la tasa de mortalidad infantil en el barrio está por encima de la tasa nacional y la tasa de desnutrición en menores de seis años es 49/100.

8. Para la mayoría de la población del barrio no existe una atención occidental económicamente accesible, porque la gran mayoría de los medicamentos prescritos en los centros de atención, se debe comprar en las farmacias y clínicas privadas.
9. Aunque existen varias iniciativas y experiencias positivas, no se ha logrado asegurar relaciones mutuamente beneficiosas entre los diferentes organismos e instituciones y por lo tanto no se ha logrado la inter e intra sectorialidad continua en las acciones de salud del barrio.
10. El Modelo de Atención de Salud se puede caracterizar por una atención meramente primaria, priorizando la atención a la mujer y la niñez y con coexistencia de la medicina occidental y tradicional, entre las cuales, aunque limitada, hay cierta forma de coordinación y colaboración.
11. La participación social en salud es limitada, no se ha logrado incentivar la población de tomar una coresponsabilidad en la administración de la salud y tampoco se ha logrado cambios significantes en actitudes y costumbres relacionados a la salud ambiental.

XI. Recomendaciones

Los estudiantes que realizaron este estudio sugieren, que para mejorar la atención de salud a la población del barrio El Cocal, se desarrollarán las siguientes estrategias con enfoque intercultural:

1. Que el Centro Clínico Bilwi y el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario, en coordinación con otros actores sociales relevantes impulsen un diplomado para promotores de salud comunitaria de las tres etnias presentes en el barrio, los cuales se encargarán de:
 - la promoción de hábitos sanos, en especial relacionados a la nutrición, la higiene domestica y ambiental;
 - el seguimiento al uso, mantenimiento y reparación de tecnologías de agua y saneamiento;
 - la promoción del cultivo y uso de flora medicinal, hortalizas y alimentos nutritivos;
 - la fumigación con insecticida orgánica;
 - la producción y venta de medicamentos basado en flora.

2. Que el Ministerio de Salud (Centro de Salud Ernesto Hodgson Wright), el Centro Clínico Bilwi y el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario, en coordinación con otros actores relevantes impulsen, además del diplomado para promotores de salud comunitaria, las siguientes estrategias para incidir en la falta de medicamentos básicos:
 - Realizar talleres e intercambios con agentes tradicionales y occidentales
 - Preparación de medicamentos en base de flora medicinal
 - Construcción de huertos medicinales
 - Promoción del uso de la homeopatía

3. Con el fin de aumentar la participación social en salud se propone que el Ministerio de Salud (Centro de Salud), el Centro Clínico Bilwi, el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario y los dirigentes del barrio desarrollen las siguientes estrategias:
 - Realizar una Investigación de Acción Participativa puntual sobre este tema en el barrio
 - Fortalecer las charlas domiciliarias con mayor énfasis en la cultura e impulsar charlas frecuentes en las diferentes iglesias del barrio.
 - Formar un grupo de teatro y realizar sociodramas y juegos de títeres en las escuelas, las iglesias y la cancha.
 - Formar grupos de trabajo por sector, con un juego de herramientas.
 - Formar equipos de deporte por sector y organizar encuentros en las noches en la cancha del barrio.
 - Capacitar el personal de salud del barrio en motivación

4. Para fortalecer la organización comunitaria se propone que el Centro Clínico Bilwi y el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario, con asesoría de expertos en el tema impartan una serie de talleres con los dirigentes del barrio para analizar su funcionamiento y capacitarles en temas como:
 - Escribir y gestionar proyectos
 - Hacer diagnósticos comunitarios
 - Planificación, monitoreo y evaluación
 - Organización comunitaria
 - Comunicación
 - Promoción de participación comunitaria
 - Administración de proyectos

Además se propone que los organismos mencionados averiguen si existe el interés y la posibilidad de enriquecer la estructura organizativa comunitaria con representantes de las etnias criolla y mestiza.
5. Para el desarrollo de actitudes y costumbres favorables relacionados a hábitos sanos y autocuido en la población del barrio es mejor iniciar a temprana edad, por lo tanto se recomienda continuar desarrollando actividades de escuelas saludables, impulsadas por el organismo italiano GVC y el Centro Clínico Bilwi, basadas en las cosmovisiones de las etnias de los estudiantes.
6. Que el Ministerio de Salud (Centro de Salud) y el Centro Clínico Bilwi, en coordinación con los dirigentes de salud y agentes sanitarios tradicionales revisen las funciones del personal de salud y la forma de ejecutar las mismas. En base de esa revisión se desarrollen nuevas funciones y preparen el personal. Los investigadores sugieren que las funciones del personal de enfermería deben incluir:
 - Prestar atención integral a la población del barrio, enfocando en la promoción de hábitos sanos
 - Coordinar con el personal voluntario y agentes tradicionales
 - Fortalecer el funcionamiento de las comisiones comunales de salud
 - Servir de centro de referencia y contrareferencia
 - Funcionar como base orgánica de la vigilancia epidemiológica
7. Retomar la iniciativa del Centro Clínico Bilwi y el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario de elaborar y ejecutar un plan de salud en conjunto con los actores sociales relevantes, estableciendo mecanismos de coordinación pertinentes, a través de una fortalecida estructura comunitaria y en busca de relaciones mutuamente beneficiosas.
8. Que el organismo no gubernamental ALFALIT en coordinación con el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, otros actores sociales relevantes y los dirigentes del barrio desarrollen un plan de alfabetización y una Primaria Acelerada en el barrio.
9. Que el Centro Clínico Bilwi y el Ministerio de Salud (Centro de Salud) desarrollen un plan de capacitación y monitoreo más eficaz a mujeres embarazadas y madres de recién nacidos sobre nutrición y el cuidado del recién nacido.
10. Que los estudiantes que realizaron este estudio, organicen un taller con participación de los actores sociales relevantes (comunitarios e institucionales) para

la retroalimentación y validación del estudio y elaborar un plan de acción en base de los hallazgos y recomendaciones del mismo.

XII. Bibliografía

Alcaldía de Puerto Cabezas. Diagnostico socioeconómico de Puerto Cabezas, 1999.

Baena Paz Guillermina, Montero Olivares Sergio. Comunicación para la salud, una estrategia para la participación comunitaria. México.

Bartoli, Paolo. Antropología en la educación sanitaria. Italia, 1989

Boot Marieke, Cairncross Sandy. Actions speak, the study of hygiene behaviour in water and sanitation projects. IRC and Londo School of Hygiene and Tropical Medicine. La Haya, Holanda. 1993.

Carta de Ottawa, Congreso Internacional de Salud, Ottawa, Canadá, 1986

Castel E., Grupos de formación y educación para la salud, Barcelona, 1988.

CECALLI. Manual para promotores de salud comunitaria. Estelí, Nicaragua. 1995.

CIDCA-UCA. Persistencia Indígena en Nicaragua, capítulo 7: Muñoz Betty. Comunidades Indígenas del caribe nicaragüense: El caso del barrio El Cocal. Puerto Cabezas. 1992.

Cox Avelino. Cosmovisión de los pueblos de Tula walpa. URACCAN. RAAN. Junio 1998.

Cuadra Rosario y Marsal Graciela. Taller sobre aplicación de técnicas de grupos focales. 1998.

Davis Wilson Trudy, Espinoza Blanco Serafina. Evitemos las enfermedades, IMTRADEC, Bilwi, Nicaragua 1997

Davis Wilson Trudy et al. Factores que inciden en el uso de las letrinas por parte de los comunitarios de Tuapi, Municipio de Puerto Cabezas, URACCAN, primer semestre 1999.

Dennis Philip A. Grisis Siknis entre los Miskitu.

Espinoza J.R. et al. Salud Comunitaria: conceptos, métodos, herramientas. 1ª. ed. Acción Médica Cristiana. Managua. 1999.

Fagoth Ana Rosa et al. Armonizando con nuestro entorno. Managua. 1998

García Claudia. Creencias y actitudes tradicionales de los miskitos en torno a ciertas enfermedades. Wani no. 16. Nicaragua. Enero/marzo 1995.

García Domingo, Schnarf Christian, Plan de empresa del Centro Clínico Bilwi,. URACCAN/CIES. Diciembre 1999.

Hannu Vuori, El modelo médico y los objetivos de la educación para la salud, Conferencia Internacional de Educación Sanitaria, Londres, 1979.

Heck Geert Jan van et al. Practicas de los agentes de salud en Krukira relacionadas a la atención a pacientes con enfermedades cervico vaginales. URACCAN/CIES, Bilwi, Nicaragua. 1998.

Heck Geert Jan van et al. Perfil de salud participativo con enfoque de genero del barrio El Cocal. URACCAN/CIES, Bilwi, Nicaragua. Noviembre 1998.

Heck Geert Jan van. Entrevista a enfermeras del barrio El Cocal, Bilwi. URACCAN/CIES. Bilwi. Enero 2000.

Hooker Blandford Alta et al. El modelo de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte. URACCAN, Managua, Nicaragua. 1998

Hooker Blandford Alta et al. Condiciones de vida y salud de las familias de la etnia creole de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siu, Bilwi-RAAN, Enero-marzo 1998. URACCAN. 1998.

Hooker Alta, Heck Geert Jan van, Plan de empresa del Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario, URACCAN/CIES, Bilwi, Nicaragua, diciembre 1999.

Hooker Alta et al. Programa de salud del barrio El Cocal. URACCAN. Bilwi. Enero 2000.

Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario – Centro Clínico Bilwi. Memoria de taller de priorización de problemas de salud del barrio El Cocal. Bilwi. 3 de junio 2000.

Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario – Centro Clínico Bilwi. Memoria de taller de Organización Comunitaria del barrio El Cocal. Bilwi. 21 de noviembre 2000.

Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario. Sins watla ulbanka. No. 6. Abril 2001. Bilwi, RAAN. Participación social en salud en el barrio Elñ Cocal, ciudad de Bilwi.

Karakras Ampam. Propuesta políticas indígenas ante el estado. Servicio Informativo No. 256. Pp. 5-8. Quito, Ecuador. Julio 1997.

Law M.A. Programa de desarrollo del sector salud en la RAAN - Premisas, marco y estrategia. Gobierno de la RAAN. Puerto Cabezas, Nicaragua. 1995.

MINSA, la política de salud y el proceso de modernización del sector, Presentación URACCAN, Kamla, 1 de junio 2000

MINSA, Política nacional de salud 1997 -2002, Managua 1997

MINSA, Programa de Modernización del Sector Salud, 1998 - 2002, Documento de Consulta Nacional, Managua, julio 1998

Modolo, Maria Antonia. Educación sanitaria, comportamiento y participación. Italia, 1979.

OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los SISTEMAS LOCALES DE SALUD. La participación social. HSD/SILOS-3. Washington, EEUU. 1990.

OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los SISTEMAS LOCALES DE SALUD. Washington, EEUU. 1989.

OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los SISTEMAS LOCALES DE SALUD. Temas de discusión. HSS/SILOS-17. Washington, EEUU. 1993.

Pineault Raynald y Daveluy Carole. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. 2a. ed. Barcelona, España. 1995.

PNUD. Proyecto Informe de Desarrollo Humano. El Desarrollo Humano en Nicaragua 2000. Equidad para superar la vulnerabilidad. Managua, Nicaragua. 2000.

Proyecto Estado de la región. Estado de la Región, Resumen del Primer Informe (1999). San José, Costa Rica. 1999.

Schnarf Christian et al. Identificación de formas efectivas de promoción de hábitos sanos dentro de la comunidad de Kamla. URACCAN/CIES, Bilwi, Nicaragua. Marzo 1999.

República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Indicadores básicos en salud 2000.

Rosales Escalante Elías. Informe evaluación de la tecnología empleada en Agua y Saneamiento. Programa de Salud Comunitaria – AMC. Enero 2001.

URACCAN. Maestría de Salud Pública Intercultural, Interculturalidad y salud. Informes Flexner y Dawson. Bilwi, febrero 1999

Werner David, Bower Bill. Aprendiendo a promover la salud. Palo Alto, California, EEUU. 1993

XIII. Glosario

Grisi Siknis es una enfermedad o síndrome que ocurre entre la población Miskito de la Costa Atlántica. Las víctimas pierden el sentido y creen que tienen relaciones con diablos o espíritus que las poseen. Por lo general las víctimas son mujeres jóvenes, aunque a veces afecta a los hombres también.²⁸⁰

Yamni kaikan son tratamientos con hierbas, amuletos y baños que aplican los agentes sanitarios tradicionales miskitos.

Yumuh son enfermedades miskitas que van acompañadas con dolores abdominales y pelotas debajo del ombligo.

Lal klawa y **Latawira** son enfermedades miskitas causadas por espíritus de los muertos.

Biara Puski es una enfermedad miskita con distensión abdominal.

Wahwaika es un tratamiento realizado por algunos agentes sanitarios tradicionales miskitos para llamar a una persona ausente.

Yabakisna es un tratamiento miskito para curar el Yumuh. El agente sanitario tradicional realiza oraciones, sopla remedios y aplica masajes con aceites y grasas de animales.

Labin es una enfermedad respiratoria miskita.

Altutuk son contracciones leves antes del parto, causado por el movimiento de la luna (según la cosmovisión miskita).

²⁸⁰ Dennis Philip A. Grisis Siknis entre los Miskitu.

XIV. Anexos

- 1 Matriz de obtención de información
- 2 Operacionalización de variables y descriptores
- 3 Guía de entrevista actor social comunitario
- 4 Guía de entrevista agente de salud en el barrio
- 5 Guía de entrevista enfermeras Centro Clínico Bilwi que trabajan en el barrio
- 6 Censo poblacional del barrio
- 7 Guías para elaboración de croquis del barrio
- 8 Guías de grupo focales
- 9 Guía de documentación
- 10 Croquis del barrio El Cocal
- 11 Tablas
- 12 Matrices de análisis de entrevistas

Anexo 1: Matriz de obtención de información

Objetivo específico 1: Identificar las características demográficas, socio-económicas, ambientales, organizativas y de salud de los pobladores del barrio.

Componentes	Variables/descriptores	Fuentes	Técnicas	Instrumentos
1.1 Aspectos demográficos de la población	<ul style="list-style-type: none"> • No. de habitantes • Sexo de habitantes • Grupos etarios • No. de viviendas • No. de familias • Tamaño de familias • Etnias de familias • Años que viven en el barrio 	Perfil de salud, Centro Clínico Bilwi, Población	Documentación, Censo poblacional	Guía de censo
1.2 Situación económica de la población	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar de origen • No. de personas trabajando • Profesión de población en edad laboral • Ingresos • Quienes aseguran ingresos • Tamaño viviendas • Material viviendas • Estado viviendas • No. de cuartos • No. conexiones a ENEL • No. conexiones Cable 	Perfil de salud, Centro Clínico Bilwi, Población	Documentación, Censo poblacional	Guía de censo

Componentes	Variables/descriptores	Fuentes	Técnicas	Instrumentos
1.3 Situación social de la población	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel académico • Religión • Estado civil • Problemas sociales 	Perfil de salud, Centro Clínico Bilwi, Informantes claves, Población	Documentación, Entrevista, Censo poblacional	Guía de entrevista, Guía de censo
1.4 Organización comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura • Funcionamiento 	Memorias talleres, Perfil de salud, Informantes claves	Documentación, Entrevista, Grupo focal	Guía de entrevista, Guía de grupo focal
1.5 Situación higiénico sanitario	<ul style="list-style-type: none"> • Fuentes de agua potable • Tratamiento agua • Ubicación cocina • Combustible de cocina • Tratamiento de basura • Limpieza patios • Limpieza terreno comunal • Disposición de heces • Aguas estancadas • Vectores • Animales domésticos 	Centro Clínico Bilwi, Perfil de Salud, MINSA, Informantes claves, Población, Barrio	Documentación, Entrevista, Grupo focal, Observación, Censo poblacional	Guía de entrevista, Guía de grupo focal, Guía de observación, guía censo, croquis
1.6 Morbilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de enfermedades • Prevalencia enfermedad • Edad enfermos • Sexo enfermos • Etnia enfermos • Epoca de año 	MINSA, población	Documentación, entrevista	Guía de censo
1.7 Mortalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Causas • Edad fallecidos • Sexo fallecidos • Etnia fallecidos 	MINSA, informantes claves	Documentación, entrevista	Guía de entrevista

Componentes	Variables/descriptores	Fuentes	Técnicas	Instrumentos
1.8 Principales problemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos • A quienes afecta • Orden de prioridad • Causas 	Perfil de salud, memorias talleres, Informantes claves, Población	Documentación, entrevistas, censo poblacional	Guía de entrevista, guía de censo
Objetivo específico 2: Conocer los procesos de atención asistencial de salud.				
Componentes	Variables/descriptores	Fuentes	Técnicas	Instrumentos
2.1 Donde buscan atención de salud cuando está enferma la población	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar de atención o tipo de agente de salud • La motivación de buscar atención en cierto lugar 	Perfil de salud, Informantes claves, Población	Documentación, Entrevista, Grupo focal, Censo poblacional	Guía de entrevista, Guía de grupo focal, Guía de censo
2.2 Agentes de salud en el barrio	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de agente • Cantidad de agentes • Especialidad de agentes 	Perfil de salud, memorias talleres, Informantes claves	Documentación, Entrevista	Guía de entrevista
2.3 Servicios de salud que se brindan a la población	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de servicios • Quienes o donde los brindan • Opiniones sobre los servicios 	Documentos, Informantes claves	Documentación, Entrevista, Grupo focal	Guía de entrevista, Guía de grupo focal
2.4 La colaboración entre los agentes y servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación entre actores • Referencias • Contra-referencias 	Informantes claves, MINSA, Centro Clínico Bilwi	Entrevista, Grupo Focal	Guía de grupo focal, Guía de entrevista

Componentes	Variables/descriptores	Fuentes	Técnicas	Instrumentos
2.5 Preferencias de la población acerca del tipo de medicamento	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de medicamento • Lugar de adquisición • Para cual enfermedad • Etnia que lo prefiere • Motivación de usarlo 	Agentes de salud, Población, Informantes claves	Entrevista, Grupo focal	Guía de entrevista, Guía de grupo focal
2.6 Posibles soluciones para la falta de medicamentos básicos		Agentes de salud, Población, Informantes claves	Entrevista, Grupo focal, Talleres	Guía de entrevista, Guía de grupo focal, Guía de taller

Objetivo específico 3: Describir los resultados de las actividades relacionadas a la salud de los diferentes actores sociales y comunitarios.

Componentes	Variables/descriptores	Fuentes	Técnicas	Instrumentos
3.1 Actores sociales existentes	<ul style="list-style-type: none"> • Cargo del actor • Funciones del actor 	Perfil de salud, Informantes claves, memorias talleres	Documentación, Entrevista	Guía de entrevista
3.2 Actividades que se realizan	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de actividad • Frecuencia de actividad • Ejecutores • Coordinaciones entre ejecutores • Temas • Participantes • Resultados 	Centro Clínico Bilwi, MINSA, Informantes claves, Barrio, Perfil de salud, memorias talleres	Documentación, Entrevista, Grupo focal, Observación	Guía de entrevista, Guía de grupo focal, Guía de censo, croquis

Anexo 2: Operacionalización de variables y descriptores

Las características demográficas, socio-económicas, ambientales, organizativas y de salud de los pobladores del barrio.

Aspectos demográficos de la población:

Variable/descriptor: Número de habitantes

Definición operacional: el número de personas que viven en el barrio según el consolidado del censo poblacional

Indicadores: Consolidado del censo poblacional

Valores: número

Variable/descriptor: Sexo de los habitantes

Definición operacional: características fenotípicas que diferencia a un hombre de una mujer de los habitantes según la respuesta espontanea del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia

Valores: masculino, femenino

Variable/descriptor: Grupos etarios

Definición operacional: número de años cumplidos de los habitantes en grupos etarios según la respuesta espontanea del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia

Valores: 0 - 4, 5 - 9, 10 - 14, 15 - 19, 20 - 24, 25 - 29, 30 - 34, 35 - 39 años, etc.

Variable/descriptor: Número de viviendas

Definición operacional: número de viviendas según el consolidado del censo poblacional

Indicadores: Consolidado del censo poblacional

Valores: número

Variable/descriptor: Número de familias

Definición operacional: número de familias que viven en el barrio según el consolidado del censo poblacional

Indicadores: Consolidado del censo poblacional

Valores: número

Variable/descriptor: Tamaño de familias

Definición operacional: número de personas que conforme una familia según la respuesta espontanea del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia

Valores: 1 a 20

Variable/descriptor: Etnias de las familias

Definición operacional: grupo poblacional cuya identidad se basa en una estructura familiar, económica y social comunes y en una lengua y cultura asimismo comunes a que pertenece la familia según la respuesta espontanea del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia

Valores: miskita, criolla, mestiza, otros

Variable/descriptor: Años que viven en el barrio las familias

Definición operacional: número de años que la familia vive en el barrio según la respuesta espontanea del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia

Valores: número de años

Variable/descriptor: Lugar de origen de las familias

Definición operacional: la comunidad de origen de la familia según la respuesta espontanea del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia

Valores: nombres de las comunidades

Situación económica de la población:**Variable/descriptor: número de personas de la familia que trabajan para asegurar ingresos económicos**

Definición operacional: número de personas que viven en una vivienda que realizan actividades para asegurar ingresos económicos

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia y documentos

Valores: número

Variable/descriptor: profesión de persona en edad laboral

Definición operacional: actividad permanente que sirve de medio de vida de las personas en edad de 15 a 64 años según respuesta espontanea del padre de familia y documentos

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia y documentos

Valores: diferentes profesiones

Variable/descriptor: Actividades económicas de la población

Definición operacional: actividades que realizan las familias para asegurar sus ingresos según la respuesta espontanea del padre de familia y documentos

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia y documentos

Valores: trabajo permanente, trabajo temporal, no trabajan, propio negocio

Variable/descriptor: Quienes aseguran ingresos

Definición operacional: el sexo de las personas que aseguran los ingresos familiares según la respuesta espontanea del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia

Valores: hombres, mujeres

Variable/descriptor: material de construcción de las paredes y el piso de las viviendas

Definición operacional: el material de que se construyó las paredes exteriores y el piso de la vivienda según la observación de la enfermera del barrio

Indicadores: observación de la enfermera del barrio

Valores: madera, concreto

Variable/descriptor: estado de las viviendas

Definición operacional: las condiciones de la estructura física de la vivienda según la observación de la enfermera del barrio

Indicadores: observación de la enfermera del barrio

Valores: buen estado, mal estado

Variable/descriptor: tamaño de las viviendas en metros cuadrados

Definición operacional: el resultado de la multiplicación del ancho y largo de la vivienda según respuesta espontanea de del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea de del padre de familia

Valores: menor de 20, 20 – 29, 30 – 39, 40 – 49, 50 – 59, 60 – 69, 70 – 79, 80 y mayor

Variable/descriptor: número de cuartos en las viviendas

Definición operacional: cantidad de dormitorios que hay en la vivienda según la respuesta espontanea de del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea de del padre de familia

Valores: 1, 2, 3, 4 y más

Variable/descriptor: Viviendas con conexiones a ENEL

Definición operacional: presencia de una conexión a la red de ENEL en la vivienda según la respuesta espontanea del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia

Valores: hay, no hay

Variable/descriptor: Viviendas con conexiones a Cablevisión

Definición operacional: presencia de una conexión a la red de Cablevisión en la vivienda según la respuesta espontanea del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia

Valores: hay, no hay

Situación social de la población**Variable/descriptor: Nivel académica de la población**

Definición operacional: número de años de estudio y referencia de saber leer o /y escribir de la población según la respuesta espontanea del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia

Valores: menor de 4 años, población de 4 a 10 años que no asiste, pre-escolar, población mayor de 10 años analfabeta, alfabetizado, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnico, universitario

Variable/descriptor: Religión de las familias

Definición operacional: iglesia a que pertenece o siente identificada la familia según la respuesta espontanea del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia

Valores: morava, católica, adventista, evangélica, otras

Variable/descriptor: Estado civil de los padres de familia

Definición operacional: condición de los padres de familia en relación a los derechos y obligaciones civiles según la respuesta espontanea del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia

Valores: casado, divorciado, soltero, viudo, acompañado

Variable/descriptor: problemas sociales

Definición operacional: presencia de situaciones o relaciones sociales que influye negativamente en el bienestar de los habitantes del barrio según las respuestas de los informantes claves

Indicadores: respuesta de informantes claves

Valores: drogadicción, alcoholismo, violencia, otros

Organización comunitaria:**Variable/descriptor: Estructura de la organización comunitaria**

Definición operacional: la definición de cómo deben ser las relaciones de autoridad y coordinación entre los miembros de la estructura de la organización comunitaria según respuestas de los informantes claves y participantes de talleres

Indicadores: respuestas de los informantes claves y participantes de talleres

Valores: miembros de estructura

Variable/descriptor: Funcionamiento de la organización comunitaria

Definición operacional: desempeño de la organización comunitaria y sus miembros según las respuestas de los informantes claves y participantes de talleres

Indicadores: respuestas de los informantes claves y participantes de talleres

Situación higiénico sanitario:**Variable/descriptor: las fuentes de agua potable**

Definición operacional: lugares de obtención de agua de consumo de la población según la respuesta espontanea del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia

Valores: ENACAL domestica, ENACAL en patio, ENACAL compartido, pozo abierto, pozo con brocal, pozo con bomba

Variable/descriptor: tratamiento de agua potable

Definición operacional: procedimiento o uso de desinfectante para potabilizar el agua de consumo de la población según la respuesta espontanea del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia

Valores: clorar, hervir, sin tratamiento

Variable/descriptor: ubicación de la cocina en relación a la vivienda

Definición operacional: lugar donde la familia prepara la comida en relación con el resto de la vivienda según la respuesta espontanea del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia

Valores: separada, no separada

Variable/descriptor: tipo de combustible que usan para cocinar

Definición operacional: material de combustión que usa la familia para la preparación de alimentos según la respuesta espontanea del padre de familia

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia

Valores: leña, gas, kerosén, carbón

Variable/descriptor: tratamiento de basura

Definición operacional: forma o lugar donde la población deposita los desechos solidos según la observación del equipo de investigadores y enfermeras del barrio

Indicadores: observación del equipo de investigadores y enfermeras del barrio

Variable/descriptor: Limpieza patios

Definición operacional: estado higiénico sanitario de los patios de las viviendas, tomando en cuenta desechos sólidos, aguas estancadas y zacates según la observación de la enfermera del barrio

Indicadores: observación de la enfermera del barrio

Valores: bien, mal

Variable/descriptor: Limpieza terreno comunal

Definición operacional: estado higiénico sanitario del terreno comunal, tomando en cuenta desechos sólidos, arbustos y zacates según la observación del equipo de investigadores y enfermeras del barrio

Indicadores: observación del equipo de investigadores y enfermeras del barrio

Valores: bien, mal, ubicación

Variable/descriptor: Disposición de heces

Definición operacional: tipo y condiciones del lugar de disposición de heces según las respuestas espontaneas de los padres de las familias y la observación de las enfermeras del barrio

Indicadores: las respuestas espontaneas de los padres de las familias y la observación de las enfermeras del barrio

Valores: letrina en buen estado, letrina en mal estado, inodoro, sin servicios higienico

Variable/descriptor: Aguas estancadas

Definición operacional: la existencia y ubicación de aguas estancadas según la del equipo de investigadores y enfermeras del barrio

Indicadores: observación del equipo de investigadores y enfermeras del barrio

Valores: hay, no hay, ubicación

Variable/descriptor: Vectores

Definición operacional: presencia de artrópodo que transmite germen de una enfermedad en las viviendas según las respuestas espontaneas de los padres de las familias

Indicadores: respuestas espontaneas de los padres de las familias

Valores: moscas, ratones, cucarachas, zancudos, bocones

Variable/descriptor: Animales domésticos

Definición operacional: los diferentes tipos de animales domésticos que tienen las familias según las respuestas espontáneas de los padres de las familias

Indicadores: respuestas espontáneas de los padres de las familias

Valores: perro, gato, gallina, cerdo, pato, otros

Morbilidad:**Variable/descriptor: tipos de enfermedades**

Definición operacional: afectación de salud a persona o familia según la respuesta espontánea del padre de la familia y datos del MINSA

Indicadores: respuesta espontánea de padre de familia y datos del MINSA

Valores: IRA, EDA, parasitosis, malestar, artritis, enfermedades de piel, ETS, HTA, no se enferman

Variable/descriptor: Prevalencia de enfermedad

Definición operacional: frecuencia de cierta enfermedad según el total de respuestas espontáneas de los padres de familias en el barrio y datos del MINSA

Indicadores: respuesta espontánea de padre de familia

Valores: 0 y más

Variable/descriptor: Edad del enfermo

Definición operacional: número de años cumplidos de la persona enferma según datos estadísticos del MINSA

Indicadores: datos estadísticos del MINSA

Valores: número

Variable/descriptor: Sexo del enfermo

Definición operacional: características fenotípicas que diferencia a un hombre de una mujer de la persona enferma según datos estadísticos del MINSA

Indicadores: datos estadísticos del MINSA

Valores: masculino, femenino

Variable/descriptor: Etnias del enfermo

Definición operacional: grupo poblacional cuya identidad se basa en una estructura familiar, económica y social comunes y en una lengua y cultura asimismo comunes a que pertenece la persona enferma según datos estadísticos del MINSA

Indicadores: datos estadísticos del MINSA

Valores: miskita, criolla, mestiza, otros

Variable/descriptor: Epoca de año en el cual prevalece una enfermedad

Definición operacional: los diferentes meses del año en los cuales una enfermedad ocurre con una cierta frecuencia según los datos estadísticos del MINSA

Indicadores: datos estadísticos del MINSA

Valores: los diferentes meses del año

Mortalidad:

Variable/descriptor: causas de mortalidad

Definición operacional: los diferentes razones de mortalidad según los datos estadísticos del MINSA

Indicadores: datos estadísticos del MINSA

Valores: cancer, paro cardíaco, vejez, entre otros

Variable/descriptor: Edad del fallecido

Definición operacional: número de años cumplidos de la persona fallecida según datos estadísticos del MINSA

Indicadores: datos estadísticos del MINSA

Valores: número

Variable/descriptor: Sexo del fallecido

Definición operacional: características fenotípicas que diferencia a un hombre de una mujer de la persona fallecida según datos estadísticos del MINSA

Indicadores: datos estadísticos del MINSA

Valores: masculino, femenino

Principales problemas de salud:

Variable/descriptor: Los tipos de problemas de salud

Definición operacional: los diferentes tipos problemas de salud según los resultados de talleres con la población del barrio y respuestas espontaneas de padres de familia

Indicadores: Resultados de talleres con la población del barrio y respuesta espontanea de padre de familia

Variable/descriptor: A quienes afectan los problemas

Definición operacional: los grupos de personas que tienen más problemas de salud según las respuestas espontaneas de los informantes claves

Indicadores: respuestas espontaneas de los informantes claves

Valores: niños, mujeres, hombres, adultos, pobres, miskitos, mestizos, criollos

Variable/descriptor: Orden de prioridad de los problemas

Definición operacional: los problemas de salud en orden de prioridad según los resultados de talleres con la población del barrio

Indicadores: resultados de talleres con la población del barrio

Valores: 1 a 10

Variable/descriptor: Causas de los problemas

Definición operacional: las causas de los principales problemas de salud según los resultados de talleres con la población del barrio

Indicadores: resultados de talleres con la población del barrio

Valores: pobreza, falta de organización, desinterés, falta de conocimientos, entre otros

Los procesos de atención asistencial de salud.

Donde buscan atención de salud cuando está enferma la población:

Variable/descriptor: Lugar o agente donde buscan atención de salud

Definición operacional: el nombre del lugar o profesión del agente donde van si alguien se enferma en la familia según respuesta espontanea del padre de familia y informante clave

Indicadores: respuesta espontanea del padre de familia y informante clave

Valores: Centro Clínico Bilwi, clínica privada, hospital, curandero, otros

Variable/descriptor: La motivación de buscar atención en un cierto lugar o agente

Definición operacional: las razones por las cuales se buscan cierto lugar o agente para ser atendido en caso de enfermedad según las respuestas de los informantes claves

Indicadores: las respuestas de los informantes claves

Valores: las razones mencionadas

Agentes de salud presentes en el barrio:

Variable/descriptor: Tipos de agentes sanitarios

Definición operacional: las profesiones de las diferentes personas que atienden problemas de morbilidad en el barrio según las respuestas espontaneas de los informantes claves

Indicadores: las respuestas espontaneas de los informantes claves

Valores: enfermeras, sukias, medicos, curanderos, parteras, profetas

Variable/descriptor: Cantidad de agentes sanitarios

Definición operacional: el número las diferentes personas que atienden problemas de morbilidad en el barrio según el consolidado de la información recogido

Indicadores: consolidado de la información recogido

Valores: número

Variable/descriptor: Especialidad de los agentes sanitarios

Definición operacional: la especialidad de los diferentes agentes según la respuesta espontanea del agente mismo

Indicadores: la respuesta espontanea del agente

Valores: especialidades mencionadas

Servicios de salud que se brindan a la población:

Variable/descriptor: Tipos de servicios de salud

Definición operacional: los diferentes servicios de salud que brindan a la población del barrio según la respuesta de los informantes claves

Indicadores: la respuesta de los informantes claves

Variable/descriptor: Quienes o donde brindan los servicios de salud

Definición operacional: nombres de instituciones, organismos o personas que brindan cierto servicio de salud según la respuesta de los informantes claves

Indicadores: respuesta de los informantes claves

Valores: nombres de instituciones, organismos o personas

Variable/descriptor: Opinión de la población sobre los servicios de salud

Definición operacional: la opinión de la población sobre los servicios según la respuesta de los informantes claves

Indicadores: respuesta de los informantes claves

Valores: bueno, malo, regular, problemas mencionados

La colaboración entre los agentes y servicios:**Variable/descriptor: Coordinación entre los agentes y servicios**

Definición operacional: formas de comunicarse y de organizar actividades en conjunto entre varios actores sociales según los resultados de talleres y las respuestas de los informantes claves

Indicadores: resultados de talleres y las respuestas de los informantes claves

Variable/descriptor: Referencias de pacientes

Definición operacional: existencia y forma de referir un paciente a otro agente sanitario según las respuestas de los informantes claves

Indicadores: las respuestas de los informantes claves

Valores: hay, no hay, descripción del funcionamiento

Variable/descriptor: Contra-referencias de pacientes

Definición operacional: existencia y forma de notificar a agente sanitario el resultado de tratamiento dado o el seguimiento necesario a un paciente de un paciente referido según las respuestas de los informantes claves

Indicadores: las respuestas de los informantes claves

Valores: hay, no hay, descripción del funcionamiento

Preferencias de la población acerca del tipo de medicamentos**Variable/descriptor: Tipo de medicamento**

Definición operacional: los diferentes tipos de sustancia con poder curativo que usa la población según la respuesta espontánea del padre de familia y el informante clave

Indicadores: respuesta del padre de familia y informante clave

Valores: fármacos, plantas, remedios, homeopatía

Variable/descriptor: Lugar de adquisición de medicamento

Definición operacional: nombres de lugares o personas donde se puede conseguir los diferentes medicamentos que usa la población la respuesta del padre de familia informantes claves

Indicadores: respuesta del padre de familia y informantes claves

Valores: nombres de lugares o personas

Variable/descriptor: Para cuales enfermedades se prefiere usar el medicamento

Definición operacional: las diferentes enfermedades para las cuales se prefiere cierto tipo de medicamento según respuesta de informantes claves

Indicadores: respuesta de informantes claves

Valores: las diferentes enfermedades

Variable/descriptor: Etnia que prefiere cierto medicamento

Definición operacional: la preferencia de un grupo poblacional cuya identidad se basa en una estructura familiar, económica y social comunes y en una lengua y cultura asimismo comunes acerca del uso de cierto tipo de medicamentos según la respuesta del padre de familia y informantes claves

Indicadores: respuesta del padre de familia o informantes claves

Valores: mestiza, miskita, criolla, otros

Variable/descriptor: Motivación para la cual prefieren cierto medicamento

Definición operacional: las razones mencionadas para las cuales prefieren cierto tipo de medicamento según la respuesta de informantes claves

Indicadores: respuesta de informantes claves

Valores: alivia rapido, barato, efectivo, otros

Variable/descriptor: Posibles soluciones para incidir en la falta de medicamentos básicos

Definición operacional: las posibles alternativas de acción para incidir en la falta de medicamentos básicos en el barrio según la respuesta de informantes claves

Indicadores: respuesta de informantes claves

Valores: Siembra de flora medicinal, farmacia comunal, producción de medicamentos basado en flora medicinal

Los resultados de las actividades relacionadas a la salud de los diferentes actores sociales y comunitarios.**Actores sociales existentes:****Variable/descriptor: Cargo del actor social**

Definición operacional: nombre de la posición social formal según los resultados de talleres y las respuestas de los informantes claves

Indicadores: resultados de talleres y las respuestas de los informantes claves

Valores: juez, anciano, curandero, partera, presidente comisión de salud, reverendo, entre otros

Variable/descriptor: Funciones del actor social

Definición operacional: papel que ejerce el actor de acuerdo a su posición formal según los resultados de talleres y las respuestas de los informantes claves

Indicadores: resultados de talleres y las respuestas de los informantes claves

Actividades relacionadas a la salud:

Variable/descriptor: Tipo de actividades

Definición operacional: tipo de actividad que realiza un actor social según las respuestas de informantes claves y documentos consultados

Indicadores: respuestas de informantes claves y documentos consultados

Valores: talleres, visitas domiciliarias, programas radiales, cuñas radiales, entrega de información escrita, jornadas de limpieza, jornadas de salud

Variable/descriptor: Frecuencia de las actividades

Definición operacional: la frecuencia con que un actor realiza una actividad según las respuestas de informantes claves y documentos consultados

Indicadores: respuestas de informantes claves y documentos consultados

Valores: cantidad de veces por año

Variable/descriptor: Ejecutores de las actividades

Definición operacional: los nombres de la persona, institución o organismo que ejecuta actividad según las respuestas de informantes claves y documentos consultados

Indicadores: respuestas de informantes claves y documentos consultados

Valores: nombres de personas, instituciones y organismos

Variable/descriptor: Coordinación entre los ejecutores

Definición operacional: formas de comunicarse y de organizar actividades en conjunto entre varios actores sociales según los resultados de talleres y las respuestas de los informantes claves

Indicadores: resultados de talleres y las respuestas de los informantes claves

Variable/descriptor: Temas de las actividades

Definición operacional: asuntos tratados durante la actividad según las respuestas de informantes claves y documentos consultados

Indicadores: respuestas de informantes claves y documentos consultados

Valores: vacunación, agua, letrinas, higiene, EDA, IRA, planificación familiar, y otros

Variable/descriptor: Participantes de las actividades

Definición operacional: personas que están presentes o contribuyen a realizar una actividad según respuestas de informantes claves y documentos consultados

Indicadores: respuestas de informantes claves y documentos consultados

Valores: cantidad, sexo, grupo etario, etnia

Variable/descriptor: Resultados de las actividades

Definición operacional: las consecuencias o efectos de una actividad según las respuestas de informantes claves y documentos consultados

Indicadores: respuestas de informantes claves y documentos consultados

Anexo 3: Guía de entrevista actor social comunitario

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTONOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
CENTRO DE INVESTIGACION Y EDUCACION EN SALUD
Maestría de Salud Pública Intercultural
ESTRATEGIAS DE DESARROLLO DE UN MODELO DE ATENCION EN SALUD
COMUNITARIO, BARRIO EL COCAL, BILWI, MAYO 2000 – MARZO 2001

Datos personales:

- ¿Cómo se llame Usted?
- ¿A qué etnia pertenece Usted?
- ¿Cuál es su lugar de origen?
- ¿Cuántos años vive Usted en el barrio?
- ¿Cuál es su profesión?
- ¿Qué religión practica Usted?
- ¿Qué nivel escolar tiene Usted?
- ¿Cuál es su función en el barrio?
- ¿Desde cuando Usted tiene esta función?

1. ¿Qué hace Usted en el barrio?
2. ¿Con quienes trabaja Usted?
3. ¿Qué opina Usted del barrio?
4. ¿Se realizan actividades de salud en el barrio?
5. ¿Cuales actividades?
6. ¿Quienes las realizan?
7. ¿Cómo esta organizado el barrio?
8. ¿Cómo funciona la organización comunitaria?
9. ¿Según su opinión a qué se debe?
10. ¿Cómo participa la gente del barrio en las actividades comunales?
11. ¿Según su opinión a qué se debe?
12. ¿Según su opinión, cuáles son los principales problemas de salud en el barrio?
13. ¿Según su opinión, cómo está la situación higiénico sanitario en el barrio?
14. ¿Qué cree Usted que son las causas de estos problemas?
15. ¿Según su opinión, cómo se puede incidir en estos problemas?
16. ¿Qué se puede hacer para disminuir la falta de medicamentos?
17. ¿Qué hace usted para resolver estos problemas?
18. ¿Con quienes lo hace?
19. ¿Quiénes más deberían participar en eso?
20. ¿Según su opinión, en qué forma puede colaborar la población?
21. ¿Según su opinión, cómo se puede mejorar la colaboración entre los actores sociales?

Anexo 4: Guía de entrevista agente de salud

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTONOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
CENTRO DE INVESTIGACION Y EDUCACION EN SALUD
Maestría de Salud Pública Intercultural
ESTRATEGIAS DE DESARROLLO DE UN MODELO DE ATENCION EN SALUD
COMUNITARIO, BARRIO EL COCAL, BILWI, MAYO 2000 – MARZO 2001

Datos personales:

- ¿Cómo se llame Usted?
 - ¿A qué etnia pertenece Usted?
 - ¿Cuál es su lugar de origen?
 - ¿Cuántos años vive Usted en el barrio?
 - ¿Cuál es su profesión?
 - ¿Cuál es su especialidad?
 - ¿Qué religión practica Usted?
 - ¿Qué nivel escolar tiene Usted?
 - ¿Cuál es su función en el barrio?
 - ¿Desde cuando Usted tiene esta función?
1. ¿Con cuáles problemas de salud busca la gente a Usted?
 2. ¿De donde son la gente que Le viene a buscar?
 3. ¿Cuántos pacientes atiende Usted por mes?
 4. ¿Porqué buscan a Usted?
 5. ¿Cuáles medicamentos prescribe Usted?
 6. ¿Qué tipo de medicamentos prefiere la población?
 7. ¿Según Usted cuáles son las posibles soluciones para la falta de medicamentos básicos?
 8. ¿Tiene Usted contacto con otros agentes de salud?
 9. ¿Porqué / porqué no tiene contacto con otros agentes de salud?
 10. ¿Cuál es su opinión sobre otros agentes de salud y las clínicas?
 11. ¿Usted quiere colaborar con otros agentes sanitarios?
 12. ¿Cómo se puede mejorar la colaboración entre los agentes de salud?
 13. ¿Según su opinión, cuáles son los principales problemas de salud en el barrio?
 14. ¿Según su opinión, cómo está la situación higiénico sanitario en el barrio?
 15. ¿Qué cree Usted que son las causas de estos problemas?
 16. ¿Según su opinión, cómo se puede incidir en estos problemas?
 17. ¿Qué se puede hacer para disminuir la falta de medicamentos?
 18. ¿Qué hace usted para resolver estos problemas?
 19. ¿Con quienes lo hace?
 20. ¿Quiénes más deberían participar en eso?
 21. ¿Según su opinión, en qué forma puede colaborar la población?
 22. ¿Según su opinión, cómo se puede mejorar la colaboración entre los actores sociales?

Anexo 5: Guía de entrevista enfermeras del Centro Clínico Bilwi

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTONOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
CENTRO DE INVESTIGACION Y EDUCACION EN SALUD
Maestría de Salud Pública Intercultural
ESTRATEGIAS DE DESARROLLO DE UN MODELO DE ATENCION EN SALUD
COMUNITARIO, BARRIO EL COCAL, BILWI, MAYO 2000 – MARZO 2001

Datos personales:

- ¿Cómo se llame Usted?
- ¿A qué etnia pertenece Usted?
- ¿Cuál es su lugar de origen?
- ¿En qué barrio vive Usted?
- ¿Cuántos años trabaja Usted en el barrio?
- ¿Cuál es su profesión?
- ¿Cuál es su especialidad?
- ¿Qué religión practica Usted?
- ¿Cuál es su función en el barrio?
- ¿Desde cuando Usted tiene esta función?

1. ¿Según tu opinión, dónde buscan atención de salud los enfermos?
2. ¿Qué tipo de tratamiento usan?
3. ¿Porqué?
4. ¿Dónde consigue el tratamiento?
5. ¿Qué se puede hacer para disminuir la falta de medicamentos?
6. ¿A quienes atiende Usted?
7. ¿Qué tratamientos prescribe Usted?
8. ¿Hubo muertos en los últimos tres años?
9. ¿Cuáles fueron las causas de mortalidad?
10. ¿Cuáles actividades de salud se realizan en el barrio?
11. ¿Cuáles son los temas de las actividades?
12. ¿Quienes realizan estas actividades?
13. ¿Quienes participan en estas actividades?
14. ¿Cuáles son los resultados de las actividades?
15. ¿Quiénes deberían ver la salud en el barrio?
16. ¿Porqué algunos no cumplen?
17. ¿Cuáles son los intereses y capacidades de trabajo de los diferentes actores?
18. ¿Cuáles son los intereses y capacidades de trabajo de la población?
19. ¿Cómo se puede mejorar la relación entre los agentes de salud?
20. ¿Cómo se puede mejorar la colaboración entre los actores sociales?

ESTRATEGIAS DE DESARROLLO DE UN MODELO DE ATENCION EN SALUD COMUNITARIO, BARRIO EL COCAL, BILWI, MAYO 2000 – MARZO 2001

Fecha:..... Encuestador:..... Encuestado:

[illegible]

No. de familias en casa:.....	Estado civil:.....	Etnia:
Religión:	Años que vive en el barrio:.....	Lugar de origen:
Casa: madera / concreto	Tamaño casa: x pies	
No. de cuartos:.....	Estado de casa: bien / mal	
Cocina: separada si / no	leña / carbón / kerosin / gas	
Fuente de agua de consumo:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ENACAL domestica / patio / compartida ▪ Pozo con brocal / cemento / madera / tapado / bomba / seca 		
Tratamiento agua de consumo: clorar / hervir / nada		
Limpieza patio: bien / mal		
Disposición de heces:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Letrina buen estado / mal estado / asiento tapado ▪ Inodoro ▪ No tienen 		
Conexión a ENEL:	Conexión a cable visión:	
Vectores: moscas / zancudos / bocones / cucarachas / ratones / otros:		
Animales domesticos: perro / gato / gallinas / patos / cerdos encerrados si - no / otros :		
Principales problemas de salud:.....		
.....		
.....		
Donde buscan atención de salud :.....		
.....		
Que tipo de medicamentos usan: Fármacos / Remedios caseros / Plantas medicinales		
Donde consiguen los medicamentos:		
.....		
Observaciones:		
.....		
.....		
.....		

Anexo 7: Guía para la elaboración de croquis

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTONOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
CENTRO DE INVESTIGACION Y EDUCACION EN SALUD
Maestría de Salud Pública Intercultural
ESTRATEGIAS DE DESARROLLO DE UN MODELO DE ATENCION EN SALUD
COMUNITARIO, BARRIO EL COCAL, BILWI, MAYO 2000 – MARZO 2001

- calles
- caminos
- puentes

- ríos
- lagunas
- mar
- playa

- casas
- iglesias (católica, adventista, morava, etc.)
- pulperías
- escuelas (universidad, secundaria, primaria, CDI)
- casas comerciales (empresas, talleres, ventas, restaurantes, bares, etc.)
- instituciones / oficinas

- limites del barrio

- charcos
- basureros
- letrinas
- pozos

Anexo 8: Guías de grupos focales

Guía del grupo focal con personal Centro Clínico Bilwi:

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTONOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
CENTRO DE INVESTIGACION Y EDUCACION EN SALUD
Maestría de Salud Pública Intercultural
ESTRATEGIAS DE DESARROLLO DE UN MODELO DE ATENCION EN SALUD
COMUNITARIO, BARRIO EL COCAL, BILWI, MAYO 2000 – MARZO 2001

Gracias por venir. Es importante su presencia. Explicar que es un grupo focal, la duración, objetivos y temas de la sesión. Nos interesas mucho sus ideas y comentarios sobre los temas. Pueden tener desacuerdos y diferentes puntos de vista. Explicar la necesidad y pedir permiso para el uso de grabadora. Presentación de facilitador, redactor y informantes. Iniciar con el primer tema y discutir hasta todos opinaron y no hay más comentarios. Seguir con proximo tema, etc. Al fin de la sesión preguntar si no hay alguien que quiere opinar sobre los temas. Agradecer los informantes por su cooperación explicar seguimiento al grupo focal.

- El modelo de atención de salud actual al barrio
- El papel de las enfermeras
- La participación comunitaria en salud
- La participación de actores sociales en salud
- La incidencia en los principales problemas de salud
- FODA sobre el modelo de atención
- Posibles estrategias para mejorar la atención

Participantes:

Participantes:

Directora (Alta), subdirector (Domingo), responsable de la atención a los barrios (Ingrid), responsable de educación (Vilma), enfermeras del barrio (Betty y Esminia)

Guía del grupo focal con personal Centro de Salud EHW:

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTONOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
CENTRO DE INVESTIGACION Y EDUCACION EN SALUD
Maestría de Salud Pública Intercultural
ESTRATEGIAS DE DESARROLLO DE UN MODELO DE ATENCION EN SALUD
COMUNITARIO, BARRIO EL COCAL, BILWI, MAYO 2000 – MARZO 2001

Gracias por venir. Es importante su presencia. Explicar que es un grupo focal, la duración, objetivos y temas de la sesión. Nos interesas mucho sus ideas y comentarios sobre los temas. Pueden tener desacuerdos y diferentes puntos de vista. Explicar la necesidad y pedir permiso para el uso de grabadora. Presentación de facilitador, redactor y informantes. Iniciar con el primer tema y discutir hasta todos opinaron y no hay más comentarios. Seguir con proximo tema, etc. Al fin de la sesión preguntar si no hay alguien que quiere opinar sobre los temas. Agradecer los informantes por su cooperación explicar seguimiento al grupo focal.

- La atención de salud al barrio
- La colaboración entre el Centro Clínico Bilwi y el Centro de Salud EHW
- Las funciones del personal de higiene y CEMA en el barrio
- La incidencia en los principales problemas de salud
- Posibles estrategias para mejorar la atención

Participantes:

Directora (Miriam), responsable de higiene, higienista del barrio, responsable de CEMA, personal de CEMA del barrio, nutricionista (Marilu Herrera), responsable de sectorización.

Anexo 9: Guía de documentación

Las características demográficas, socio-económicas, ambientales, organizativas y de salud de los pobladores del barrio.

Aspectos demográficos de la población:

- Número de habitantes
- Sexo de los habitantes
- Grupos etarios
- Número de viviendas
- Número de familias
- Tamaño de familias
- Etnias de las familias

Situación económica de la población:

- Actividades económicos de la población
- Quienes aseguran ingresos
- Tamaño de las viviendas
- Material de construcción de paredes y piso de las viviendas
- Estado de las viviendas
- Número de conexiones a ENEL
- Número de conexiones a Cablevisión

Situación social de la población:

- Problemas sociales

Organización comunitaria:

- Estructura de la organización
- Funcionamiento de la organización

Situación higiénico sanitario:

- Fuentes de agua potable
- Tratamiento de agua potable
- Tratamiento de basura
- Limpieza patios
- Limpieza terreno comunal
- Disposición de heces
- Presencia de aguas estancadas

Morbilidad:

- Tipos de enfermedades
- Prevalencia de enfermedad
- Edad de enfermos
- Sexo de enfermos
- Etnia del enfermos
- Epoca de año en el cual prevalece cierta enfermedad

Mortalidad:

- Causas de mortalidad
- Edad de los fallecidos
- Sexo de los fallecidos
- Etnia de los fallecidos

Principales problemas de salud:

- Los tipos de problemas
- A quienes afectan los problemas
- Orden de prioridad de los problemas
- Causas de los problemas

Los procesos de atención asistencial de salud.

Donde buscan atención de salud cuando está enferma la población:

- Lugar de atención o tipo de agente de salud
- La motivación de buscar atención en un cierto lugar de cierto agente

Agentes de salud presentes en el barrio:

- Tipos de agentes sanitarios
- Cantidad de agentes
- Especialidad de los agentes

Servicios de salud que se brindan a la población:

- Tipos de servicios de salud
- Quienes o donde brindan los servicios

La colaboración entre los agentes y servicios:

- Coordinación entre los agentes y servicios
- Referencias de pacientes
- Contra-referencias de pacientes

Preferencias de la población acerca del tipo de medicamento:

- Tipo de medicamento
- Motivación para la cual prefieren cierto medicamento

Posibles soluciones para la falta de medicamentos básicos

Los resultados de las actividades relacionadas a la salud de los diferentes actores sociales y comunitarios.

Actores sociales existentes:

- Cargo del actor
- Funciones

Actividades relacionadas a la salud:

- Tipo de actividades
- Frecuencia de las actividades
- Ejecutores de las actividades
- Coordinación entre actores
- Temas de las actividades
- Participantes de las actividades
- Resultados de las actividades

Anexo 10: Croquis del barrio

La ciudad de Bilwi y el barrio El Cocal

Mapa social del barrio El Cocal

Mapa higiénico-sanitario del barrio El Cocal

Anexo 11: Tablas

Tabla 1: Distribución de las familias según etnia del jefe familiar

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Miskita	339	89.0
Mestiza	35	9.2
Criolla	5	1.3
Sin datos	2	0.5
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Nota: en este caso los habitantes de una vivienda se toma como unidad familiar

Tabla 2: Número de personas por vivienda

Numero de personas en vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Uno	9	2.4
Dos	12	3.1
Tres	37	9.7
Cuatro	53	13.9
Cinco	62	16.3
Seis	49	12.9
Siete	38	10.0
Ocho	42	11.0
Nueve	25	6.6
Diez	15	3.9
Once	9	2.4
Doce	13	3.4
Trece y más	17	4.6
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 3: Número de familias por vivienda

Numero de familias en vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Una	312	81.9
Dos	62	16.3
Tres	7	1.8
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 4: Lugar de origen de la familia

Lugar de origen	Frecuencia	Porcentaje
Krukira	77	20.2
Río Coco	60	15.7
Otro barrio de Bilwi	55	14.4
Litoral Norte	44	11.5
El Cocal	42	11.0
Llano Norte sin Krukira	24	6.3
Litoral Sur	20	5.2
Otros	42	11.2
Sin datos	17	4.5
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 5: Tiempo de permanencia en el barrio de los jefes familiares en años

Años de permanencia en barrio	Frecuencia	Porcentaje
0 – 5	70	18.3
6 – 10	71	18.6
11 – 15	37	9.7
16 – 20	42	11.0
21 – 25	19	5.0
26 – 30	35	9.2
31 – 35	6	1.6
36 – 40	14	3.7
41 y más	23	6.0
Originarios del barrio	41	10.8
Sin datos	23	6.1
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 6: Número de personas que trabajan en la vivienda

Numero de personas que trabajan	Frecuencia	Porcentaje
Cero	68	17.9
Uno	176	46.2
Dos	84	22.0
Tres	17	4.5
Cuatro a seis	4	1.3
Sin datos	31	8.1
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 7: Distribución de la población de 15 a 64 años por profesión

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Marinero	46	3.7
Profesor	35	2.7
Domestica	30	2.3
Comerciante	21	1.6
Albañil	16	1.2
Enfermera	13	1.0
Secretaria	11	0.9
Carpintero	11	0.9
Mecánico	9	0.7
Otros	58	4.5
Se considera sin profesión	994	77.1
Sin datos	43	3.4
Total	1289	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 8: Tamaño de la vivienda en metros cuadrados

Tamaño de la vivienda (m²)	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 20	18	4.8
20 – 29	85	22.3
30 – 39	98	25.7
40 – 49	53	13.9
50 – 59	39	10.2
60 – 69	11	2.9
70 – 79	20	5.2
80 y mayor	22	5.8
Sin datos	35	9.2
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 9: Número de cuartos en la vivienda

Numero de cuartos	Frecuencia	Porcentaje
Cero	95	24.9
Uno	84	22.0
Dos	101	26.5
Tres	63	16.5
Cuatro o más	31	8.2
Sin datos	7	1.8
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 10: Distribución de tipo de combustible que usan para cocinar

Combustible usado para cocinar	frecuencia	Porcentaje
Leña	127	33.3
Gas	85	22.3
Kerosén	72	18.9
Carbón	20	5.2
Leña y kerosén	19	5.0
Otros	31	8.2
Sin datos	27	7.1
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 11: Distribución de la población por nivel escolar

Nivel escolar	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 4 años	308	12.6
Población de 4 a 10 años que no asiste	157	6.4
Pre-escolar	46	1.9
Población mayor de 10 años analfabeta	196	8.0
Alfabetizad@	192	7.8
Primaria incompleta	632	25.8
Primaria completa	200	8.2
Secundaria incompleta	422	17.2
Secundaria completa	140	5.7
Técnico	3	0.1
Universidad	56	2.3
Sin datos	97	4.0
Total	2449	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 12: Distribución de los jefes de familia según religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Morava	247	64.8
Católica	59	15.5
Evangélico	36	9.5
Adventista	29	7.6
Otros	7	1.9
Sin datos	3	0.8
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Nota: en este caso los habitantes de una vivienda se toma como unidad familiar

Tabla 13: Estado civil de los padres de familia

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casad@	234	61.4
Acompañad@	68	17.8
Solter@	67	17.6
Viud@	5	1.3
Divorciad@	1	0.3
Sin datos	6	1.6
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 14: Distribución de viviendas según la existencia y tipo de conexión a ENACAL

Conexión a ENACAL	frecuencia	porcentaje
Domestica	224	58.8
Compartida	131	34.4
No tienen	15	3.9
En patio	10	2.6
Sin datos	1	0.3
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 15: Condiciones de los pozos

Condiciones de los pozos	Frecuencia	Porcentaje
Brocal de concreto	17	29.8
Brocal de concreto con bomba	16	28.2
Brocal de madera	13	22.8
Abierto	8	14.0
Brocal de madera con bomba	3	5.2
Total	57	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 16: Tratamiento aplicado al agua de consumo doméstico

Tratamiento aplicado	Frecuencia	Porcentaje
No purifican el agua	313	82.2
Cloro	27	7.1
Hierven el agua	6	1.6
Cloro y /o hierven	2	0.5
Sin datos	33	8.7
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 17: Estado de las letrinas

Estado de la letrina	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	144	37.8
Malo	105	27.6
No tienen	132	34.6
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 18: Distribución de viviendas por existencia de inodoro

Viviendas con inodoro	Frecuencia	Porcentaje
Tienen	31	8.1
No tienen	350	91.9
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 19: Presencia de los diferentes tipos de vectores en las viviendas

Vectores que tienen	Frecuencia	Porcentaje
Moscas, zancudos, cucarachas y ratones	71	18.6
Zancudos, cucarachas y ratones	49	12.9
Zancudos y ratones	40	10.5
Moscas, zancudos, bocones, ratones y cucarachas	34	8.9
Moscas y zancudos	33	8.7
Moscas, zancudos y cucarachas	28	7.3
No tienen vectores	28	7.3
Otros	76	20.0
Sin datos	22	5.8
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 20: Número de vectores presentes en las viviendas

Número de vectores	Frecuencia	Porcentaje
No tienen	28	7.3
Uno	29	7.6
Dos	100	26.2
Tres	97	25.4
Cuatro	71	18.6
Cinco	35	9.2
Sin datos	22	5.7
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 21: Presencia de animales domésticos

Viviendas con presencia de animales	Frecuencia	Porcentaje
No tienen	158	41.5
Perro	81	21.3
Perro y gallinas	42	11.0
Gallinas	29	7.6
Perro y gato	12	3.1
Perro, gallinas y cerdo encerrado	9	2.4
Otros	50	13.1
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 22: Consulta niños del barrio El Cocal, 0 a 15 años Clínica Bilwi (programa)

Patología	0-11 meses	1 a 4 años	5-15 a	Total
Infecciones Respiratorias agudas	51	55	16	122
Enfermedad diarreica aguda	11	20	31	31
Dermatitis	5	10	3	18
Parasitosis	2	5		7
Asma Bronquial		5	2	7
Piodermis	2	3		5
Otitis	3	1	1	5
Conjuntivitis	1	2	2	5
Sarampión	2	1		3
Amigdalitis			2	2
Infección vías urinarias	1	1		2
Herida		1		1
Anemia parasitosis		1		1
Monibiasis	1			1
Total	79	105	57	241

Fuente: Centro Clínico Bilwi

Tabla 23: Principales problemas de salud en la vivienda.

Problemas mencionados	frecuencia	porcentaje
No tienen problemas de salud	136	35.7
Infecciones respiratorias (IRA)	116	30.4
Enfermedades diarreicas (EDA)	33	8.7
IRA y EDA	23	6.0
Malestar	20	5.2
IRA y Malestar	20	5.2
IRA, EDA, Malestar	9	2.4
Otros	20	5.3
Sin datos	8	2.1
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 24: Distribución de la población según enfermedades crónicas

Enfermedad crónica	Frecuencia	Porcentaje
No tiene enfermedad crónica	2219	90.6
Hipertensión Arterial	124	5.1
Asma	45	1.8
Diabetes	24	1.0
Artritis	12	0.5
Cardiopatía	10	0.4
Anemia	6	0.2
Otros	9	0.3
Total	2449	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 25: Lugares donde la población busca atención de salud

Lugar donde busca atención	Frecuencia	Porcentaje
No busca	91	23.9
Centro Clínico Bilwi	75	19.7
Clínica Privada	64	16.8
Centro de Salud	48	12.6
Centro Clínico Bilwi y Centro de Salud	32	8.4
Hospital	26	6.8
Otros	36	9.4
Sin datos	9	2.4
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 26: Tipo de medicamentos que usa la población

Tipo de medicamento	Frecuencia	Porcentaje
Fármacos	225	59.1
Plantas y fármacos	69	18.1
No usan medicamentos	37	9.7
Plantas y remedios	16	4.2
Otros	8	2.1
Sin datos	26	6.8
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Tabla 27: Lugares donde la población busca medicamentos

Lugar donde busca medicamentos	frecuencia	porcentaje
Farmacia	180	47.2
No buscan	70	18.4
Clínica privada	33	8.7
Farmacia y Centro Clínico Bilwi	14	3.7
Centro de Salud	10	2.6
Otros	46	12.1
Sin datos	28	7.3
Total	381	100

Fuente: censo poblacional barrio El Cocal, 2000.

Anexo 12: Matrices de análisis de entrevistas

Actor social comunitario

Pregunta	juez	reverendo	Presidente de comisión de salud	anciano
1. Qué hace Usted en el barrio?	Ver los problemas del Barrio. Coordinación con las autoridades tales como: policía, salud, educación.	<p>Soy pastor de la Iglesia Morava Mískita tengo 4 años de desempeñar ésta labor.</p> <p>Las funciones del Reverendo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bautizo • Confirmación • Matrimonio • Realizar la Santa Cena, la cuál se realiza 6 veces al año <p>La función del Pastor es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Predicar en la Iglesia 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene que velar por los Barrios ver que problema tiene todos los barrios y también como estudiar los problemas de salud del Barrio y con estos grupos se habla siempre del problema del Barrio el Cocal, la Clínica Bilwi yo creo que piensa que el Barrio el Cocal es una Comunidad y ahora yo solo con mi grupo no puedo resolver los problemas que tiene el Barrio, por eso para resolver los problemas buscamos apoyar. Y después estudiar el caso de lo mas problemáticos a lo mas leve. Algunos apoyos que vienen del extranjero o como ustedes nos puedan ayudar a resolver algunos problemas que tienen el Barrio. <p>Nosotros pensamos siempre plantearles nuestro problema al Gobierno para que el Gobierno pueda decir a parte de ellos como a la Policía o como al Hospital Nuevo Amanecer como soy pastor de la Iglesia Morava Mískita tengo 4 años de desempeñar ésta labor. Puede estudiar el caso del Barrio el Cocal. Por que el Barrio el Cocal tiene problemas serio, porque las Comisiones estudiaron el caso y nos mandaron razones, para investigar ese problemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Velar por los problemas de terreno, problemas de los vecinos y platicar con ellos para llegar a un acuerdo.

			<p>y la Comisión no tienen Fondo para hacer buenas letrinas buenos pozos, para limpiar zanjas etc. Te puede decir a las poblaciones y las poblaciones cuando tiene tiempo ponen su</p> <ul style="list-style-type: none"> • parte también, pero la mayor parte es obra del Gobierno. Por que el Gobierno • ocupan los impuestos para hacer todos estos trabajos. • Pero solo la Comisión con la gente del Barrio no pueden resolver estos problemas se necesitan a las gentes del Gobierno también. 	
2. Con quienes trabaja Usted?	Trabajo con el Gobierno, ejército, policía, Alcaldía, Salud, / Clínica Bilwi y Centro de Salud. / Educación MED. Los pobladores del barrio.	<p>Estoy trabajando con 2 Reverendos, y 2 Pastores (Sr. William Webster (Rev), Sra. Ofelia Alvarez (Rev), Julián Morden (Pastor), Marcelo Toledo (Pastor)</p> <p>Yo coordino a los pastores y reverendos en sus actividades, y represento a la Iglesia Morava .</p>	<p>Con Diango, el Juez con el Barrio, con la comisión de terreno y los otros como comisión de salud y otras personas también apoyan como Alfonso y otras muchas personas más.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con el Juez, con la gente del Barrio, con el grupo de anciano con la gente cristiana
3. Qué opina	El Barrio tiene problemas	Bueno, de todas las	• Yo pienso que en el	• En el Barrio la gente

Usted del barrio?	graves el principal es la Salud, necesitamos una Clínica, falta de medicamentos pero acudimos al Hospital, Clínica Bilwi y Centro de Salud. Tanto los niños como los adultos van a la Clínica Bilwi. Si estamos graves con trasladados al Hospital.	comunidades que he visitado y he convivido con ellos; este es el barrio más conflictivo, problemático, trabajé muchos años en la Iglesia Central Mískita, y comparada con ésta población, es muy diferente tanto en sus costumbres, como en sus relaciones con el resto de los pobladores, buscan mucho conflicto o generan problemas delincuenciales al resto del barrio. Es tan grave este comportamiento que a la Iglesia en ciertas ocasiones le han robado sus pertenencias.	Barrio hay que luchar para una mejora, si se eliminan todo los problemas el pude seguir adelante, por que el Cocal es el Barrio que tiene mas gente, tiene enfermeras, profesores, pastores, doctoras, licenciadas, concejales y hay muchas gentes capacitadas.	no son tan solidario antes en este barrio había poca gente como • unas 20 familias pero cuando comenzó la Guerra vinieron gente de otras comunidades como de aquí hasta San Carlos hay como uno tres familias también del llano como de Boom Sirp y Kuakuil, Sisin, Auhya Pinhni, Santa Martha también del Llano Sur de hasta Wawa, también hay gente de Lapan Yulu, Km43, Dakban Maniwatla, por eso no se conocen hay personas que se conocen y otros no.
4. Se realizan actividades de salud en el barrio?	Realizamos actividades.	Sí se realizan, por ejemplo, la limpieza de la Iglesia, de los patios, vacunación, fumigación, y otras actividades; pero en ciertas ocasiones no están todos los pobladores del barrio, están a veces poco motivados.	Si	<ul style="list-style-type: none"> • Aquí en ese tiempo había una casa de salud, pero la enfermera no lleva a trabajar • hasta la buscan viene por eso todas las medicinas que están allí salieron vencidos las inyecciones también quedaron vencidos. La gente comenzaron a conseguir las cosas y la casa como era de madera se pudrió así pasó eso fue en el 85 a 86 por allí.
5. Cuales actividades	Limpieza Formación de un puesto	Por ejemplo, la limpieza de la Iglesia, de los	CCB, viene a visitar, supervisar, construye	

?	de salud en el Barrio. Medicación masiva para la malaria. Vacunación Canina. Cloración de agua para tomar Rehabilitación de pozos a través de bomba de mecate	patios, vacunación, fumigación, y otras actividades; pero en ciertas ocasiones no están todos los pobladores del barrio, están a veces poco motivados. Las actividades más motivadas es la recolección de basura, vacunación de niños, de perros, y la actividad menos motivada es la medicación de la Malaria, la gente no coopera, se esconden para no tomar el tratamiento.	pozos, vacunar, ver cuales son los problemas de salud	
6. Quienes las realizan?	Clínica Bilwi Centro de Salud. G.V.C Alcaldía Comisión Antidroga. TESIS	Estas actividades se realizan con la Clínica Bilwi, el Centro de Salud, y con la población del barrio.	CCB	<ul style="list-style-type: none"> • Aquí en ese tiempo había una casa de salud, pero la enfermera no lleva a trabajar • hasta la buscan viene por eso todas las medicinas que están allí salieron vencidos las inyecciones también quedaron vencidos. La gente comenzaron a conseguir las cosas y la casa como era de madera se pudrió así pasó eso fue en el 85 a 86 por allí.
7. Cómo esta organizado el barrio?	Tiene 1 Juez, Un segundo Juez, 8 Policías voluntarios, 4 Concejo de Anciano.	Yo tengo conocimiento de su organización, la cuál está compuesta por un Juez, el Consejo de Ancianos, las Parteras, Médico Naturista, y los Policías Voluntarios.	<ul style="list-style-type: none"> • El Juez Gilberto Law y la organización de salud nada mas, los reverendos de las • diferentes Iglesias de Barrio cuando hacen reuniones no visitan. 	
8. Cómo funciona la organización comunitaria?	El Juez se elige voluntariamente y se cambia si hay anomalías o mal funcionamiento del Juez y así es con la policía voluntario y Consejo de Anciano, a excepción de las Comunidades donde se eligen cada 2 años las Autoridades Indígenas. El Juez vela por los problemas de los comunitarios, por ejemplo	Yo he participado en las asambleas que realizan, tanto el Juez como el Consejo de Ancianos, también hay reuniones para tratar problemas pequeños en donde no se llama a toda la población, sino solamente las personas afectadas y las decisiones tomadas allí se respetan, a pesar de no llevar actas o libros	Juez del barrio tiene mucho trabajo, cuando queremos hablar con el no esta en la casa. No se puede cambiar el juez solo por eso. El debe delegar el trabajo, que otros deciden, por el ejemplo la comisión de salud y la comisión de terreno se reúne y toma decisión y como no debe esperar hasta que esta el juez. Ante cada	<ul style="list-style-type: none"> • Aquí en ese tiempo había una casa de salud, pero la enfermera no lleva a trabajar hasta la buscan viene por eso todas las medicinas que están allí salieron vencidos las inyecciones también quedaron vencidos. La gente comenzaron a conseguir las cosas y la casa como era de madera se pudrió así pasó eso fue en el 85

	<p>llama a una asamblea cada mes para revisar los problemas existentes en el barrio, con la participación de las autoridades / policía, Alcaldía, Clínica Bilwi y otros/. Y el Juez se encargara de ejecutar los acuerdos: por ejemplo si hay necesidad de buscar a cualquier persona los policías voluntarios se encargan de notificar a las personas, pero si son problemas leves, el Juez los resuelve ahí en su barrio en coordinación con los policías voluntarios y el consejo de anciano.</p>	<p>donde se escriba las decisiones.</p>	<p>mes un muerto o un herido, ahora ya no. Debemos trabajar unidos la gente del barrio no tiene la culpa que los dirigentes no trabaje bien unidos, organizados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Juez Gilberto Law y la organización de salud nada mas, los reverendos de las diferentes Iglesias de Barrio cuando hacen reuniones no visitan 	<p>a 86 por allí.</p>
<p>9. Según su opinión a qué se debe?</p>	<p>Se debe al alto índice delictivo del barrio porque es uno de los Barrios que más delitos registran, entre ellos: Drogadicción, Robo, Violaciones y Problemas familiares.</p>	<p>Esta organización trata de velar o resolver los problemas o necesidades más sentidas de la población, para buscar soluciones, y de esta manera, no atender mal al pueblo.</p>	<p>Los Reverendos de todas las Iglesias no piensan para sus poblaciones de salud, solamente piensan en la espiritualidad y no en salud. Hacen actividades de cultos racticas de coros pero nada más, por eso el problema del Barrio solo los ve la Comisión de salud y los Jueces. Hay concejales del gobierno, médicos, enfermeras, reverendo, pastores pero no colaboran, no están unidos, CCB, viene a visitar, supervisar. El gobierno regional no viene a investigar problemas en el barrio, CCB, luchando para buscar clínica, pero antes analizara que el problemas mas grande del barrio.</p>	
<p>10. Cómo participa la gente del barrio en las actividades comunales ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A través de asamblea, reuniones con las autoridades o charlas educativas que imparten la gente de la clínica y otros. 	<p>En los 4 años de convivir con ésta población, yo reconozco si hay participación masiva cuando se trata de elegir al Juez, Consejo de anciano, o el Síndico, y ésta se hace a través de una Asamblea General,</p>	<p>Los hombres y mujeres del barrio no entiende bien. En las comunidades cuando llaman reunión la gente llega. También la gente no entiende las reuniones y habla sobre otras cosas. Los hombres andan chambeando, no</p>	

		pero he visto poca participación, por ejemplo en las actividades de Salud, en especial cuando no se informa adecuadamente a la población.	están en las reuniones, llega 5 o 10 y con este gente no se puede hacer las cosas.	
11. Según su opinión a qué se debe?	Se debe al alto índice delictivo del barrio porque es uno de los Barrios que más delitos registran, entre ellos: Drogadicción, Robo, Violaciones y Problemas familiares.	Como usted podrá ver, ésta población no tiene trabajo fijo, y esto influye mucho en su participación en las actividades comunales, pero si participan ellos dejan bien claro que le van a exigir a trabajar por su barrio por ejemplo, Juez o Síndico.	<ul style="list-style-type: none"> • Es que los maridos • están trabajando y las • mujeres están cuidando • los niños por eso no • llegan, ellos dicen si, • pero lo llegan. A veces • llegan 20 o 30 personas • pero en el Cocal hay Dos • Mil personas. 	
12. Según su opinión, cuáles son los principales problemas de salud en el barrio?	Problemas respiratorios, diarreicos, dengue, niños desnutridos, basuras, moscas, cucarachas, ratones, pero se debe al problema de la Alcaldía no viene a sacar la basura.	<p>Los principales problemas de Salud que he visto en el barrio son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diarrea • Problemas respiratorias • Malaria • La basura • El Alcoholismo • Desempleo • Drogadicción <p>Estos son los principales problemas que están afectando tanto a adultos como a jóvenes. Es increíble cómo ha aumentado en los últimos meses el consumo de crack. También he visto problemas de TB, diabetes y la violencia intra familiar que ha aumentado, tengo 3 familias de la congregación afectadas, en una pareja la señora cortó a su marido, en otra pareja la esposa le echó agua caliente a su esposo, y una tercera pareja el marido golpeó a su esposa. Este sábado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los principales problemas que se ve son las lombrices, diarrea, tos, estos tres son los que afectan mas al Barrio. A veces calentura, dolor de cabeza, vómitos pero no • siempre como los tres primeros. Los que pueden eliminar los problemas somos nosotros con las jornadas de salud con todas las Instituciones, no se tiene que pensar solo en los medicamentos, por eso se están dando consejo del URACCAN y la clinica, para la higiene. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los principales problemas son: calentura, gripe y dolor de cabezas.

		tengo reunión con ellos para mediar o buscar solución a este conflicto.		
13. Según su opinión, cómo está la situación higiénico sanitario en el barrio?	<p>No esta bien porque la Alcaldía no hace la recolección de basura en el barrio y esto crea condiciones para la mosca, cucaracha, ratones y otros. La malaria y el dengue ha disminuido por la fumigación constante del Barrio y la medicación contra la malaria pero la diarrea y los problemas respiratorios han aumentado en los últimos días.</p> <p>El desempleo es otro problema serio del barrio porque los que trabajan solo es un 5%, esto aumenta el robo, la drogadicción, actualmente tenemos 7 expendios activos; tanto mujeres como varones o niños se dedican a la chamba.</p>	<p>Los problemas higiénicos sanitarios más sentidos en este barrio son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La basura • El dengue • Malaria • Parasitosis • Problemas de letrinas • Hay hasta 3 familias que utilizan una misma letrina, y hay otras letrinas que se encuentran en mal estado debido a la falta de dinero para poder repararlos, y a su vez hay que orientarlos en su construcción porque los dejan a pocos metros de profundidad y se viene el mal olor. 	No se como trabaja la alcaldía en el Centro, si limpia zanja, si recoge la basura. Alcaldía debe recoger basura de la orilla de la calle. Nosotros debemos limpiar al centro. A veces viene una ver por 2 meses. Sola pasa por la calle principal y no por las otras calles. Debe a mandar una carta a la alcaldía.	
14. Qué cree Usted que son las causas de estos problemas ?	<p>FALTA DE TRABAJO. Es decir el desempleo desencadena la drogadicción el robo, las violaciones, la violencia intra familiar, los niños huele pega ha aumentado en este año, asta las mujeres ya adultas se dedican a la droga. Además la Alcaldía tiene problemas serios en estos momentos para poder recolectar la basura y evitar que se agudicen los problemas de salud / falta de combustible / y a la vez eliminar ciertas charcas y <zanjas de drenaje para evitar el dengue, la malaria u otras enfermedades.</p> <p>La falta de presupuesto en el Centro de Salud y</p>	Mire, la Educación y Cooperación de esta población apoyaría a mejorar el problema higiénico sanitario, pero hay que convencer a ésta gente de las posibles enfermedades a las cuáles se exponen.	<ul style="list-style-type: none"> • La gente llega a Bilwi, para su hijos, para la educación de ellos. Pero los papás no tiene trabajo, hacen chamba, lucha, vive mal, no tiene buena letrina, la clinica es muy buena cosa, no puede meter clinica con política CCB, lucha por el barrio El Cocal. 	

	la Clínica Bilwi influyen en la falta de medicamento y de actividades en Salud de Barrio, necesitamos un puesto de salud, pero por falta de dinero no se ha construido.			
15. Según su opinión, cómo se puede incidir en estos problemas ?	Coordinación con las Instituciones ejemplo la Alcaldía para limpiar la basura, la policía para ver los problemas de los expendios y la drogadicción, aunque TESIS ya no trabaja igualmente la Comisión antidroga, pero se necesita hablar con muchas instituciones entre ellas: educación, policía, concisión antidroga, delegados de gobernación y otros para eliminar los expendios y disminuir la delincuencia del barrio, poner mano dura.	Mire: tal como le respondí en la pregunta anterior es la educación con lo cuál se puede incidir en ésta población, a través de una Asamblea, Reunión o Visita casa por casa para educar y convencer a ésta gente de la responsabilidad que ellos tienen como pobladores o responsables de su propia Salud, aunque también hay que tener presente las autoridades responsables de apoyar al barrio en su problema de Salud tanto MINSA, MED, Juez, Policía, Gobernación, entre todos coordinarse y salir adelante.	Hay que hacer una buena comisión de salud y juez con su policía. Si estas dos comisiones este trabajando bien junto. CCB, puede hacer algo, CCB, solo no puede saber, así que visitar y hablar primero aconsejar las familias sobre las zanjas, letrinas, higiene, pozo. Hay bastante cosas que hacer, pero antes hay que colaborar porque el CCB, tiene pocos trabajadores, pero el barrio si tiene muchos. Un barrio no es como una comunidad, piense que hay un hospital cerca por eso no importante, mejor en la situación de higiene y trabajar juntos. Nosotros primero debemos poner tiempo para el trabajo, pero la gente tiene chamba. CCB, quiere enseñar, la gente no quiere aprender. Vamos hacer primero el croquis, así la gente nos ven haciendo cosas, así va a interesarse y tal vez quiere colaborar en, aprender algo. tal vez cada 15 días una charla en una Iglesia.	Solamente le enfermera puede observar como controlar esta enfermedad ver cual es su origen par así poder explicárselo al doctor s es de la sociedad, si es por la comida etc. Hay niños que comen frutos sucios, hay niños que comen con la mano sucia
16. Qué se puede hacer para disminuir la falta de medicame ntos?	Hacer uso de las plantas medicinales que ya conocemos por nuestros abuelos y tratar de sembrarlas en nuestras casas para resolver la falta de medicamento.	Yo he visto cómo la población se auxilia de plantas medicinales ante la falta o encarecimiento de los medicamentos, porque yo he tenido que gastar mucho dinero por los problemas estomacales (Gastritis) la		

		<p>última visita al médico me costó mucho dinero, eran 3 tabletas recetadas, una costaba C\$15.00, la otras C\$10.00 y otra C\$7.00 por 2 meses, imagínese usted cuánto gasté, a veces estas personas me buscan para darle orientaciones para su enfermo o piden oraciones para ellos, en ciertas ocasiones me solicitan Bautismo a enfermos que están graves para salvar su espíritu, yo lo hago para dejarlo limpio de errores que hayan cometido.</p>		
17. Qué hace usted para resolver estos problemas ?	Hacer uso de las plantas medicinales que ya conocemos por nuestros abuelos y tratar de sembrarlas en nuestras casas para resolver la falta de medicamento.	<p>Primero busco tratamiento casero, plantas medicinales conocidas para problemas de gripe, diarrea y otras enfermedades, y después si no resuelvo busco al médico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a dirigente: Visitan a la gente, explicar como vivir mejor, analizar como trabajan, que hacer, como quieres trabajar. Escribir proyectos, escribir los problemas que hay en el barrio y informar al gobierno, alcaldía. El apoyo que viene, puede hacer los pozos, es muy bueno, quiere dar la gracia a esta gente. Buscar mas proyectitos para el barrio, mira la escuela, es una basura, el gobierno no apoya al barrio, nosotros debemos que cuidar los materiales, termina el trabajo porque la clinica es para el barrio. 	
18. Con quienes lo hace?	Los Sukias, parteras, curanderas, y los trabajadores de la Salud.	Mire: yo busco al médico Tradicional, nuestras plantas, pero también hay problemas que tienen que ser resuelto por nuestras parteras o personas que estén capacitadas.	Además de compartir su conocimiento sobre las plantas, buscar cómo hacer huertos medicinales en su casa tales como: Eucalipto, manzanilla, yerba buena, zorril, y otras plantas.	
19. Quiénes más deberían participar en eso?	Otros organismos que puedan ayudarnos en disminuir nuestra falta de medicamento tal vez Cruz Roja, TESIS, Comisión Antidroga,	Bueno, considero que otras personas o instituciones capacitadas en dar solución a problemas de medicamentos no		

	Alcaldía, Movimientos Comunes y Otros.	olvidarse de que los conocimientos en medicina deben compartirse.		
20. Según su opinión, en qué forma puede colaborar la población?	Apoyándonos en obtener todas las plantas o conocimientos sobre todo de la medicina tradicional, haciendo huertos o plantíos de plantas medicinales y tener alternativas con botiquines con otras medicinas necesarias para nuestra salud.		Tratar organizar grupos de jóvenes para hablar con la gente pues están como quiere limpiar. Un grupo de promotores que explica a la gente porque es importante limpiar el barrio, de donde viene las enfermedades. Con este promotores se puede saber que problema hay en el barrio. Después de los talleres puede explicar a la gente como mejorar, con hacer mejor las zanjas, capacitar promotores e higiene ambiental. Es mejor visitar de partes de las Instituciones para ver como están organizados los Barrios, con sus parteras, Comisión de Salud, Comisión de Barrio y Reverendos y todos. Para así poder eliminar nuestro problema. Pero si las instituciones no visitan no podrían saber si los Barrios van mal o bien. Por ese mismo problema no se resuelve nada. Hasta ahora Clínica Bilwi visitan y presentan como están vacunando, pero las otros Instituciones no visitan.	
21. Según su opinión, cómo se puede mejorar la colaboración entre los actores sociales?	Pidiéndoles mayor cooperación y coordinación para realizar intercambios de conocimientos sobre salud y a su vez esperamos mayor apoyo por las Instituciones del Estado entre ellas: Policía, Ejército, MINSA, MED, Deportes el Gobierno Regional y	Primero buscar un buen líder de la población, porque no tiene, y a la vez llamar a todas las instituciones, ONG's y otros personajes que deseen ayudar nuestro barrio, para mejorar la salud y tener buena aceptación del resto de la población, porque este barrio y el barrio El Cocal	Eso es importante capacitar a los dirigentes para poder mejorar nuestro Barrio, por somos nosotros que recibimos la capacitación para hacer mejor nuestro trabajo en nuestro Barrio. Y es bueno que de las Instituciones vengan a supervisar si funciona la capacitación o no. Hay	

	Alcaldía para resolver nuestros problemas de salud a su vez nosotros los agentes tradicionales apoyamos entre nosotros para mejorar la calidad de la salud de nuestra población.	tienen mala responsabilidad, se han caracterizado por ser muy conflictivo, pero eso se debe a muchos problemas, entre ellos el desempleo, el nivel cultural y otros aspectos a tomarlo en cuenta.	que capacitarlos en el manejo del Barrio, en los problemas como resolverlos, como vivir, luchar contra las enfermedades.	
--	--	---	--	--

Agente de salud en el barrio

Pregunta	Curandero (McDavis)	Partera (Benjamín)	Curandera (Sandino)	Curandera
1. Con cuáles problemas de salud busca la gente a Usted?	<ul style="list-style-type: none"> • Con ustedes y Clínica Bilwi, • porque ustedes vienen casa por casa preguntando de los problemas que tienen. 	Niños con problemas de “Yabakisna o Labin” (parecido al IRA), niños con convulsiones, embarazadas con problemas, por ejemplo, contracciones antes del tiempo. “Altatuk”.	Yumuh, Isigni, Latawira, Lal klawan, Biara Puski, Vomito, Yamikaika, wawaika y otros	Mi trabajo es atender a las embarazadas, cuando tienen problemas, doy medicina, uso plantas naturales para la gente que necesita ayuda.
2. De donde son la gente que Le viene a buscar?	De los diferentes barrios, pero mayormente de las comunidades (Tasba Raya, Río Coco, las comunidades alrededor de Bilwi y muy pocos del sector minero).	De Bilwi y las comunidades, como Sandy Bay, Miguel Bikan.	De comunidades alrededor de Bilwi, las Minas, Bluefields, Managua, del propio barrio y de otros lados.	<ul style="list-style-type: none"> • En el F • gente • niños p • fue • “Yumu • y cuan • otros c • me • occide • tambié • cu • La gen • cu • mas la • co • otros E • de la p • molest • ge • de las • proble • las • monta • en • el pech • los • secas, • diarrea • sangre c • muchos a • tienen probl • les inflam • diarrea, c • bastante, • damos un • “Cuera” n • muertos, • calentura • medicina • molesta la • lagunas l • diarrea, vo • con “Liwa

3. Cuántos pacientes atiende Usted por mes?	De 15 a 20 personas. Este es porque estoy viajando mucho, si estaría fijo en Bilwi, creo que llegaría mas de 30 o 35.	De 6 a 7 personas al mes.	De 100 a 200 al mes.	Viene en pacientes 30 pacientes hay casos como dije otros curan para que le
4. Porqué buscan a Usted?	<ul style="list-style-type: none"> Según dicen que buscan su cura hasta en Managua y varios hospitales y Centros de Salud, no le ayudan. Los recomiendan otras personas, otros porque ya han consultado y no le dan respuesta a sus problemas. 	Porque la gente me conoce y sabe que aplico tratamiento con hierbas.	Me buscan por recomendación.	
5. Cuáles medicamento s prescribe Usted?	Plantas medicinales; las hojas, corteza, raíz o cáscara de plantas y árboles. También aplico la terapia de la acupuntura, de calentamiento, ventosa, baño de pies y la terapia de maxabustion.	Hierbas de diferentes clases.	Hojas, corteza, huesos de animales, semillas de flores, dependiendo de la enfermedad.	Bueno, la Occidental usa mas medicina usan para limpiar su natural cura alta para con eso lo miro que la
6. Qué tipo de medicamento s prefiere la población?	La medicina natural, la población en general, lo tienen como prioridad. No se si es por la cultura. Prefieren primero el tratamiento con hierbas, porque sino el medico los pueden matar.	Pienso que la gente prefiere utilizar mas las hierbas.	Las hierbas, porque las medicinas no les llegan.	
7. Según Usted cuáles son las posibles soluciones para la falta de medicamento s básicos?	Capacitar mas a los lideres y promotores de forma integral. Que los lideres haga huertos comunales con una variedad de plantas medicinales. Es importante que en lugares como Waspam, Bilwi, Tasba Raya, se instalen farmacias comunales botánicas. Que el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitaria con una buena secadora comience a procesar las plantas medicinales.	Aplicar remedios caseros y tratamiento homeopático.	Capacitando en lo que respeta a la medicina tradicional, porque tal vez va a llegar un momento en que no va a ver del todo, y es mejor que utilizamos mas hierbas.	Bueno a para comp hay, para enfermedad para eso te a base de tener como si llega u ayudar.
8. Tiene Usted contacto con otros agentes de salud?	<ul style="list-style-type: none"> Sí 	<ul style="list-style-type: none"> Sí 	<ul style="list-style-type: none"> No. 	Nos reunimos otras curas varios y así para saber pueden ser nos record a los enfer
9. Porqué / porqué no tiene contacto con otros agentes de salud?	Porque es importante manejar la situación regional de salud y realizar algunos trabajos coordinados.	Porque así aprendamos recetas que nosotros no conocemos y así aprender mas.	Prefiero enseñar a mis hijos y a mi marido, así evito problemas, porque mi manera de trabajar es diferente. Los otros practican otras cosas que choquen con las mías,	Porque cur mis pacie plantas us ayuda a o la dan y a yo ya teng ellos y así

			uso mas las oraciones en mi trabajo.	
10.Cuál es su opinión sobre otros agentes de salud y las clínicas?	Las clínicas privadas solo quieren dinero y no atienden bien a los pacientes. Muchas veces no se curan los pacientes, quienes gastan dinero de balde. El personal del Ministerio de Salud (Los Centros de Salud, los Puestos de Salud y Hospitales), porque gana muy poco, no atienden bien a los pacientes. Ni si quiere tienen medicamentos en sus farmacias. La gente no tiene dinero paRa comprarlos, por eso prefieren quedarse en casa y aguantar. Los responsables del MINSA no hace nada al respecto. Por el otro lado no ya trabajo, por lo que la situación económica también tiene que ver.		Pienso que aunque no trabajan muy bien, resuelven. Seria bueno que se hagan intercambios y si se combina con la medicina tradicional es mejor.	<ul style="list-style-type: none"> Esas p salud es p y estudiarc nosotros q Sabem ayudamos nosotros y También.
11. Usted quiere colaborar con otros agentes sanitarios?	<ul style="list-style-type: none"> No hay otros. 		<ul style="list-style-type: none"> No, no puedo. 	Bueno, yo otros cura o otras dialogar experienci esas reuni
12. Cómo se puede mejorar la colaboración entre los agentes de salud?	Primero necesitan organizarse bien. Segundo los agentes sanitarios tradicionales necesitan trabajar en un proyecto para hacer mas grande el trabajo. Por ejemplo: si hay un proyecto que puede trabajar con ellos, puede contratar para hacer medicinas (como Jarabes) y otro grupo hacer pomadas, otros, jabón, otros haciendo tintura. Tener un sede en Bilwi y distribuir en otros Municipios, este solo cuando se consigue un proyecto.		Que se hagan reuniones. Seria bueno trabajar mas con personas mayores, porque son los que tienen mas experiencias.	Pienso que desarrolle debemos medicame naturales, árboles, aprender n ayudar a apoyo de c
12. Según su opinión, cuáles son los principales problemas de salud en el barrio?	<ul style="list-style-type: none"> La droga, el alcoholismo y los ladrones. Las diferentes epidemias, la gente son muy cochina. Ejemplo: dengue, malaria, enfermedades diarreicas agudas. No se donde se curan , porque no van al medico. 	Problema de la drogadicción.	Hechizo, problemas vaginales, como las enfermedades de transmisión sexual, cefalea, vomito, fiebre, enfermedades de piel, como granos.	<ul style="list-style-type: none"> En mi enfermos c calentura, existe a es plantas, l cuando no occidentale los ayudan
13. Según su opinión, cómo está la situación higiénico sanitario en el barrio?	Esta pésima, hay mucho suciedad, aguas estancadas, charcos. No toda la gente tiene letrina, y las que están se encuentran en mal estado, por lo menos algunas. Los que no tienen agua potable, les piden a	Problemas de las mujeres, como problemas vaginales, hemorragia, diarrea, parasitosis, etc.	Hay problemas, porque es sucio, no les gusta la higiene. Los patios están montosos, la gente defecan en su patio.	<ul style="list-style-type: none"> Bueno nosotros q desaseo p aconsejam mantengar hay person consejo y l

	sus vecinos.			lo hace, por <ul style="list-style-type: none"> niños s letrinas, no agua sucia eso se enf
14. Qué cree que son las causas de estos problemas?	Las diferentes epidemias, la gente son muy cochina. Ejemplo: dengue, malaria, enfermedades diarreicas agudas. No se donde se curan , porque no van al medico.	Pienso que la causa principal es la pereza. Porque están ahí y no buscan como cambiar su forma de vida. No todos tienen agua potable, los pozos no son todos mejorados. Hay una falta de interés de los lideres comunales.	Por pereza, están acostumbrados a vivir así. Defecan al aire libre, las letrinas están en zanjas. Toman agua de pozo sin tratamiento, o a veces echan cloro, otras veces no.	<ul style="list-style-type: none"> Hay g que ti en con si tiene sus ca mujere mucho tambié viejas nietos, mucho hay ho puede pozos por es niños e adultos en enfermeda ejemplo en puede hac muchos a abajo la tie los pozos gente tiene Barrio.
15. Según su opinión, cómo se puede incidir en estos problemas?	Tiene que haber alguien para hablar con los lideres del barrio, como son el juez, el consejo de ancianos, lideres de las iglesias, enfermeras, profesores y autoridades del gobierno, para buscar alternativas y solucionar estos problemas.	Va a ser difícil, hacer cambiar la forma de vida de la gente, porque le enseñan sobre higiene y siempre esta igual. Solo piensan en que van a comer y dormir.	Organizar y buscar que hacer, porque de ahí vienen las enfermedades.	Pienso que buenos t también e buenos t chambas, tenemos c explicarles los niños, l
16. Qué se puede hacer para disminuir la falta de medicamentos?	Nada	Nada	<ul style="list-style-type: none"> Nada 	Cuando lle consultorio la gente c casas lim cocinar bi agua, en mantiene patios limp y enseñar su casa lim
17. Qué hace usted para resolver estos problemas?	<ul style="list-style-type: none"> Nada 	<ul style="list-style-type: none"> Nada 	<ul style="list-style-type: none"> Nada 	
18. Con quienes	MINSA	Toda la comunidad	Centro de Salud, jueces	<ul style="list-style-type: none"> Que la

lo hace?			con interés. Que cobren multa la policía.	líderes, en la Clínica de la Comisión de Gente de Medicina dicen que conjunto hacer letrados
19. Quiénes más deberían participar en eso?	Que los líderes comunales exijan y dirijan. Que no los deje solo. Formar grupos de 10 personas que viven en un sector que se unan, organizan, consiguen machetes, palas, rastrillos, etc. Que participen los del MINSA, la iglesia, policía civil y cobrar multa y sancionar. Los dirigentes que participan, que den el ejemplo, no vienen solo a supervisar. Este trabajo que sea continuo.	Pienso que va a ser difícil, porque hace años que se han hecho intentos. Las enfermeras dan charlas, pero sigue igual	Que invitan casa por casa, con los adultos, que invitan por radio y expliquen la importancia y que hacer.	Esas personas trabajan en el conjunto, Tradicional Comisión sentarse y condición Barrio y c explicar de pequeños enseñar que y botar la b
20. Según su opinión, en qué forma puede colaborar la población?	Que los líderes comunales exijan y dirijan. Que no los deje solo. Formar grupos de 10 personas que viven en un sector que se unan, organizan, consiguen machetes, palas, rastrillos, etc. Que participen los del MINSA, la iglesia, policía civil y cobrar multa y sancionar. Los dirigentes que participan, que den el ejemplo, no vienen solo a supervisar. Este trabajo que sea continuo.		Que se reúnen con frecuencia y hacer planes	
21. Según su opinión, cómo se puede mejorar la colaboración entre los actores sociales?	Que pongan mano dura. Organizar a los líderes, que tengan iniciativa y demuestre responsabilidad.	Pienso que va a ser difícil, porque hace años que se han hecho intentos. Las enfermeras dan charlas, pero sigue igual		Porque h atendidas voz a otros me buscar nombre y atiende c donde yo p mi ayuda.

Enfermeras Centro Clínico Bilwi

Pregunta	INGRID	BETTY Y ESMINIA
1. Según tu opinión, dónde buscan atención de salud los enfermos?	Los pobladores de los 4 Barrios que tenemos nosotros para comenzar buscan su medicina natural con sus curanderos, sus medicinas caseras, cuando ya no buscan la atención aquí en la Clínica Bilwi, centro de Salud y Hospital.	Hospital, CCB., policlínico, CCB-niños, a (malaria), res al policlínico. También curanderos mas al CCB., que al curandero.
2. Qué tipo de tratamiento usan?	Buscan curanderos, las plantas medicinales.	<ul style="list-style-type: none"> Pastillas e inyecciones, si les ofrece ho hace a mi hija solo esta pastilla". No confía t plantas pero prefieren pastillas y inyecciones.
3. Porqué?	Algunos prefieren las plantas no todos	Porque alivia mas rápido.
4. Dónde consigue el tratamiento?	<ul style="list-style-type: none"> Van a sus curanderos, sus Sukias y cuando ven que no los resuelve buscan la Medicina Occidental las dos cosas. 	<ul style="list-style-type: none"> De los programas de CCB., aunque ter hay el medico, recomienda que lo compre e no tiene con que comprar se complican, la donan frecuentemente medicamentos a en con que comprar.
5. Qué se puede hacer para disminuir la falta de medicamentos?	Para mi no podemos exigir mas al MINSA que nos de mas medicamentos lo que nos queda es impulsar mas lo que es el uso de las plantas, tenemos la homeopatía, estamos aplicando la homeopatía con los pobladores y los gusta y les resuelve.	<ul style="list-style-type: none"> Hablar con el área (MINSA), que nos a mas, porque tenemos menores de 5 años. que trabajo aquí la gente del Cocal, tiene m porque no sabe para que se cobra. Explica usa plantas med., y homeopatía que estos
6. A quienes atiende Usted?	A toda la población, a los 4 Barrios a la gente que demanda atención, se atiende todo tipo de enfermedades. Y lo que tenemos que hacer es especializarnos mas en eso, porque hay de todo.	<ul style="list-style-type: none"> A los niños, mujeres embarazadas, mu planificar con los diferentes métodos. Re unas vaginales (referido por el medico).
7. Qué tratamientos prescribe Usted?	<ul style="list-style-type: none"> Como Clínica hay muchos medicamentos, como Programa nosotros no tenemos los que tenemos como programa bien del MINSA y es muy limitado nos dan, acetomenofen, trimetropin zulfá, metrodinazol 15 frasquitos o 20 frasquitos para los cuatro Barrios eso que ni solo el Barrio EL Cocal abastece No dilata un mes. 	<ul style="list-style-type: none"> Según la enfermedades recetamos el m moderno, plantas, homeopatía (mas med.modern)
8. Hubo muertos en los últimos tres años?	<ul style="list-style-type: none"> Si, ha habido muerto. 	<ul style="list-style-type: none"> Año 2000: 1 señora – cáncer (+ 35 años) 2 niños – diarrea < 1 año.
9. Cuáles fueron las causas de mortalidad?	No se de que han muerto no te puedo decir pero si...	Cáncer y Diarrea.
10. Cuáles actividades de salud se realizan en el barrio?	Nosotros como Clínica hemos hecho las mejoras en la que son de agua, porque la calidad de agua de los pozos son malas entonces hemos rehabilitado los pozos, se ha hecho jornadas de limpieza en el Barrio El Cocal en condición con J.V.C., Alcaldía, se han hecho cartas en la escuela el Cocal sobre higiene.	<ul style="list-style-type: none"> CCB: Visitas domiciliarias, CCD, (domiciliarias, vacunación, captación y segui con TB, talleres con INTRADEC. TESIS: Trabajar con adolescentes, dro la calle, enseñan ebanistería, promoción. IGLESIA MORAVA: ADECIM, trabajo o Moravos. CAD: Charlas, promoción, deporte CLCS: Charlas, promoción, deporte.

		<ul style="list-style-type: none"> • GVC: Jornada de limpieza, trabajo, capacitan profesores. AMICA: Ayuda económica o material en la familia pobres.
11. Cuáles son los temas de las actividades	Si con temas de Planificación familiar dengue, Tuberculosis, tenemos una alta incidencia de Tuberculosis en los cuatro (4) Barrios.	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene, diarrea, dengue, ETS, plan familiar
12. Quiénes realizan estas actividades?	<ul style="list-style-type: none"> • Nosotros como Clínica estamos a la disposición de capacitar, dar conocimiento a la población y atender gratuitamente, tenemos personal, homeopatía algunos medicamentos básicos, siempre los hemos ofrecido lo que tenemos a la población. 	<ul style="list-style-type: none"> • CCB, TESIS, IGLESIA MORAVA, CAD, INTRADEC, GVC, (ya no esta), AMICA. •
13. Quiénes participan en estas actividades?	Realmente es muy poco lo que participan entre los cuatro Barrios tenemos 30, 25, 28 pero si lo invitamos muy poco llegan a veces 4, 5 que vamos hacer con eso, entonces tratamos de invitar un solo para reunir una buena cantidad de personas para el taller.	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres y mujeres, mujeres llega mas • participe, los hombres esta trabajando. •
14. Cuáles son los resultados de las actividades?	<ul style="list-style-type: none"> • Como el problema que tenemos en el cocal, si se ha fijado así es con los otros talleres el Sábado envían solo siete(7) y con nosotros 10. 	18 Pozos de concreto con bomba, 2 Pozos con bomba, Planificación familiar tenemos el embarazo, nacidos, EDA, Malaria
15. Quiénes deberían ver la salud en el barrio?	Realmente tienen que ser los pobladores de los Barrios, ellos son los afectados si ellos no se preocupan la gente de afuera no le va a venir a resolver los problemas de su casa cada quien tiene que velar por el bienestar de su casa, de su Barrio, realmente los pobladores tienen una conciencia que mientras no le siente el dolor el malestar, no les importa.	<ul style="list-style-type: none"> • Doña Bethy y Esminia (enfermeras del barrio) • Alcaldía • Población • CAD (Hay alto numero de drogadicto en el barrio) CLCS
16. Porqué algunos no cumplen?		Hay que recordar a la Alcaldía que cuando el personal es deber de ellos de recoger basuras, pero son bien negativos, solo niños apoyando, no hacen limpieza, a los adultos no les importa no no
17. Cuáles son los intereses y capacidades de trabajo de los diferentes actores	<ul style="list-style-type: none"> • Nosotros como Clínica estamos a la disposición de capacitar, dar conocimiento a la población y atender gratuitamente, tenemos personal, homeopatía algunos medicamentos básicos, siempre los hemos ofrecido lo que tenemos a la población. 	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres, muchas instrucciones, prometen pero no cumple pide la población, pero después no cumple con los problemas económicos. •
18. Cuáles son los intereses y capacidades de trabajo de la población?	Planifican mas, ha venido aumentando las mujeres que tenemos en control, llevamos un control que las mujeres planifican, entonces planifican mas va aumentando pero el numero de nacimiento se mantiene casi el problema es que entran embarazadas de otros lados entonces vienen a nacer en el Barrio el Cocal, en que tenemos mujeres planificando, por eso es que se mantiene el numero de nacimiento, no se bajan se mantiene.	<ul style="list-style-type: none"> • Interés en que les ayudemos, por ejemplo, que sea mala que la mejoremos, que demos material, pero quiere una clínica pero no se si cumple con el control, tal vez la mayoría tiene interés de ayudar, pero no de obra. •
19. Cómo se puede mejorar la relación entre los agentes de salud?	<ul style="list-style-type: none"> • Nosotros mas con las parteras mas coordinamos, • digamos cuando ellos atienden los partos ellos nos refieren lo que son los partos las parteras porque a ellos • tenemos que darle seguimiento a ese recién nacido y las parteras, ellos nos refieren a esas personas, • mientras con los curanderos solo cuando encuentro detalles nos encontramos con ellos pero si sabemos que ellos existen en el Barrio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar de ubicarlos y hablar con los curanderos • pero si cumplir con nuestra meta. Parto después de las reuniones talleres se olvida
20. Cómo se puede mejorar la colaboración	Yo diría que cada Institución que existe en este Barrio que nos coordinemos y sepamos cada quien que hace en el Barrio, por ejemplo nosotros como Clínica que hace, GVC.	Hablar, tratar de participar en actividades diferentes problemas, cada quien que tiene responsabilidades. Comisión de Salud del Barrio

entre los actores sociales?	Que hace TESIS, para ver que se necesita por hacer.	llegando, dar respuesta para que llegue organismos.
-----------------------------	---	---